

# METROPLUSHEALTH MEMBER HANDBOOK



**СПРАВОЧНИК  
УЧАСТНИКА  
ПРОГРАММЫ CHILD  
HEALTH PLUS  
КОМПАНИИ  
METROPLUSHEALTH**

Редакция: апрель 2023 г.



# MetroPlus Health Plan

## Краткий справочник

Отдел обслуживания участников (Member Services) компании MetroPlusHealth	1-800-303-9626
Круглосуточная горячая линия компании MetroPlusHealth	1-800-442-2560
Текстофон компании MetroPlusHealth	1-800-881-2812
Сайт компании MetroPlusHealth	<a href="http://www.metroplus.org">www.metroplus.org</a>

---

---

### ЧТО ТАКОЕ НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ?

Примеры неотложных состояний:

перелом костей, затруднённое дыхание, эпилептический приступ, сильное кровотечение, передозировка лекарственных препаратов, потеря сознания, паралич, сильные боли в груди, сердечный приступ, инсульт.  
При беременности: вагинальное кровотечение, сильные боли или спазмы в животе, отхождение или «подтекание» околоплодных вод.

**ЧТО НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ:** позвонить по номеру 911 или незамедлительно отправиться в ближайшее отделение скорой медицинской помощи (Emergency Room).

### ЧТО ТАКОЕ СОСТОЯНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ОКАЗАНИЯ СРОЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

**Примеры состояний, требующих оказания срочной медицинской помощи:**

серьёзное заболевание, не требующее обращения в отделение скорой медицинской помощи (грипп, ушная боль, боль в горле).

**ЧТО НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ?** С понедельника по пятницу с 8:30 до 17:30 — позвонить своему поставщику услуг первичной медицинской помощи. В другое время — позвонить на круглосуточную горячую линию медицинской помощи (номер указан выше).

(MetroPlus Health Plan находится в ведении корпорации New York City Health and Hospitals)





**АНКЕТА ОЦЕНКИ  
СОСТОЯНИЯ  
ЗДОРОВЬЯ  
УЧАСТНИКА  
METROPLUS |  
СООБЩИТЕ  
НАМ О СВОЕМ  
СОСТОЯНИИ.**



**ПРОСИМ ВАС ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНИТЬ НАСТОЯЩУЮ АНКЕТУ  
И ОТПРАВИТЬ ЕЕ НАМ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ:**

**MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004**

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Идентификационный номер участника: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_ фт. \_\_\_\_\_ дм. Вес: \_\_\_\_\_ фт.

Предпочитаемый язык:  Англ.  Испанский  Китайский  Креольский  Урду  Бенгальский  
 Другое: \_\_\_\_\_

Расовая принадлежность:  Белый  Индеец  Житель Аляски  Азиат  
 Чернокожий / афроамериканец  Гаваец / представитель коренных народов островов Тихого океана  
 Две расы и более  Другое: \_\_\_\_\_  Предпочитаю не отвечать

Этническая принадлежность:  Испаноязычный или латиноамериканец  
 Не испаноязычный, не латиноамериканец  Предпочитаю не отвечать

В целом как бы вы оценили состояние своего здоровья?  Отличное  Хорошее  
 Неплохое  Плохое

Желаете ли вы чтобы мы позвонили вам с целью оказания помощи в связи с вашей проблемой со здоровьем?  Да  Нет

Есть ли у вас постоянный врач?  Да  Нет

Если «да», советовал ли вам ваш врач начать, увеличить или поддерживать определенный уровень физических упражнений или физической активности? (Например, начать подниматься по лестнице, увеличить продолжительность ходьбы с 10 до 20 минут каждый день или поддерживать текущую программу упражнений)?  Да  Нет

Имеется ли у вас следующее?  Диабет  Проблемы с сердцем  Повышенное давление  Рак  
 Проблемы с дыхательной системой (астма, хроническая обструктивная болезнь легких)  
 Проблемы с памятью  Проблемы со слухом  Проблемы со зрением  
 Проблемы спонгиозным/эмоциональным здоровьем  Недержание мочи  
 ВИЧ  Проблемы, связанные с употреблением алкоголя или наркотических веществ  
 Другие проблемы со здоровьем: \_\_\_\_\_

Сколько разных лекарств вы принимаете в течение дня?  Ничего не принимаю  1-3  
 4-7  8 или более

Требуется ли вам помощь при выполнении простых повседневных действий (когда необходимо одеться, принять ванну, принять пищу, сесть на стул, встать со стула и т. п)?  Не требуется помощь  
 Мне необходима помощь, помощь получаю  Мне необходима помощь, помощь не получаю

Требуется ли вам помощь, связанная с ведением домашнего хозяйства, принятием лекарств, совершением покупок, распоряжением денежными средствами, приготовлением пищи или транспортом?

- Я могу это сделать самостоятельно  
 Требуется помощь, помощь получаю     Требуется помощь, помощь не получаю

За последние 6 месяцев приходилось ли вам когда-либо обходиться без медицинской помощи, потому что у вас не было возможности добраться до места ее получения?     Да     Нет

Падали ли вы в течение последних 6 месяцев?     Да     Нет

Кто-нибудь в вашей жизни причиняет вам боль, угрожает, пугает вас или заставляет вас испытывать чувство опасности?

- Да     Нет     Предпочитаю не отвечать

Пользуетесь ли вы следующим:

- Трость     Ходунки     Инвалидная коляска     Медицинская кровать  
 Мед. кислород     Подгузники-трусы/прокладки (подгузники для взрослых)  
 Другое \_\_\_\_\_

**Страдаете ли вы периодическими или постоянными болями?**

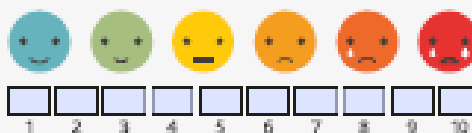
- Да     Нет    Если да, то с какого времени

(указать дату): \_\_\_\_\_

Если да, то в какой области? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Если да, отметьте уровень боли на данной шкале:



**Каковы ваши жилищные условия?**

- В настоящее время жилье есть     В настоящее время жилье есть, но опасюсь потерять его в будущем     У меня нет жилья (временно проживаю у родственников, знакомых и т. п., в гостинице, приюте, на улице, пляже, в автомобиле, в покинутом здании, на автобусном, железнодорожном вокзале, в парке и т. п.)

Вызывает ли у вас беспокойство санитарное состояние помещения (места), в котором вы проживаете (плесень, насекомые/грызуны, течь, недостаточное отопление и т. п.)?     Да     Нет

Другое: \_\_\_\_\_

Получаете ли вы в настоящее время социальную помощь (Food Stamps, Meals on Wheels, HEAP, EPC, денежную помощь, и т. п.)?     Да     Нет     Не знаю

Когда-либо на протяжении последнего года опасались ли вы того, что ваши запасы пищевых продуктов истощатся до получения вами денежных средств для их пополнения?

- Да     Нет     Предпочитаю не отвечать

На протяжении последнего года получали ли вы от компании — поставщика коммунальных услуг (электричество, газ, топливо, вода) предупреждение о возможном прекращении предоставления вам таких услуг?

- Да     Нет     Не знаю

Курите (курили) ли вы сигареты, в том числе электронные, употребляете (употребляли) ли вы другие табачные изделия?     Сейчас     Раньше     Никогда

Проходили ли вы в текущем году вакцинацию против гриппа (прививка от гриппа)?     Да     Нет  
 Не знаю

Перечислите принимаемые медикаменты (при необходимости приложите дополнительный лист):

Наименование медикамента:	Доза:	Частота:
Наименование медикамента:	Доза:	Частота:
Наименование медикамента:	Доза:	Частота:
Наименование медикамента:	Доза:	Частота:

**Список медикаментов (продолжение – при необходимости приложите дополнительный лист):**

Наименование медикамента:	<input type="text"/>	Доза:	<input type="text"/>	Частота:	<input type="text"/>
Наименование медикамента:	<input type="text"/>	Доза:	<input type="text"/>	Частота:	<input type="text"/>
Наименование медикамента:	<input type="text"/>	Доза:	<input type="text"/>	Частота:	<input type="text"/>
Наименование медикамента:	<input type="text"/>	Доза:	<input type="text"/>	Частота:	<input type="text"/>



Как часто на протяжении последних 2 недель вы теряли интерес ко всякой деятельности или не получали удовольствие от деятельности?

- Никогда
  Несколько дней  
 Больше половины этих дней
  Почти каждый день

Как часто на протяжении последних 2 недель вы пребывали в подавленном состоянии, ощущали чувство уныния, безнадежности?

- Никогда
  Несколько дней  
 Больше половины этих дней
  Почти каждый день

**ТОЛЬКО ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 50 ЛЕТ:** Вы беременны?  Да  Нет  Я не знаю

**ТОЛЬКО ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 50 ДО 74 ЛЕТ:** Проходили ли вы маммографию (проверку на рак груди) в текущем или в прошлом году?  Да  Нет  Я не знаю

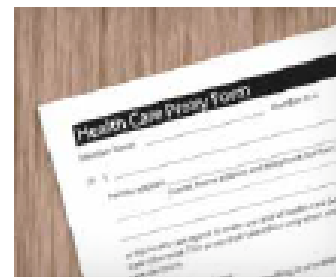
**ТОЛЬКО ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 50 ДО 75 ЛЕТ:** Проходили ли вы следующие обследования, позволяющие обнаружить рак толстой кишки?

- колоноскопия (в течение последних 10 лет)
  сигмоидоскопия (в течение последних 5 лет)  
 анализ кала на наличие крови (в течение последних двенадцати месяцев)

Имеется ли у вас следующее?

- предварительное распоряжение / волеизъявление (документ, содержащий ваши пожелания в отношении лечения на случай утраты вами способности выражать свою волю)
- медицинская доверенность (документ, наделяющий определенное лицо правом на принятие решений, касающихся предоставления вам медицинского обслуживания, в случаях, когда ваше состояние не позволяет вам этого сделать)
- нет, но вопросы, связанные с заблаговременным планированием медицинского обслуживания, со мной обсуждались
- нет, и вопросы, связанные с заблаговременным планированием медицинского обслуживания, со мной не обсуждались
- нет, но я бы хотел (-а) получить дополнительную информацию:
  - Да  Нет

\* Мы вышлем вам бланк предварительного распоряжения и медицинской доверенности.



**ПРОСИМ ВАС ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНИТЬ НАСТОЯЩУЮ АНКЕТУ И ОТПРАВИТЬ ЕЕ НАМ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ:**

**MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004**





Уважаемый участник программы Child Health Plus (CHPlus)!

Просим вас изучить приведённую ниже ВАЖНУЮ информацию о стоматологических услугах, подлежащих страховому покрытию. Данная информация заменяет информацию, содержащуюся на странице [X] настоящего справочника.

## **Услуги, в отношении которых компанией MetroPlus Health Plan предоставляется страховое покрытие**

### **Стоматологические услуги**

В компании MetroPlus Health Plan полагают, что для поддержки надлежащего общего уровня оказываемой медицинской помощи важно обеспечить предоставление качественной стоматологической помощи. Мы предлагаем стоматологическую помощь в рамках договора с компанией DentaQuest — экспертом в предоставлении высококачественных стоматологических услуг. К услугам, на которые распространяется страховое покрытие, относятся регулярные и плановые стоматологические услуги, такие как профилактические стоматологические осмотры, чистка, рентгенография, пломбирование и другие услуги, направленные на выявление каких-либо изменений или нарушений, требующих лечения и (или) последующего наблюдения. *Для обращения к стоматологу направление от вашего поставщика услуг первичной медицинской помощи не требуется!*

### **Получение стоматологических услуг:**

Для предоставления стоматологических услуг MetroPlusHealth привлекает ресурсы компании DentaQuest. Компания DentaQuest — это поставщики стоматологических услуг, специализирующиеся на общей стоматологии, педиатрической стоматологии, хирургии полости рта, заболеваниях десен и ортодонтии. Звоните в DentaQuest по номеру 1-844-284-8819, для того чтобы выбрать основного стоматолога. Перечень поставщиков стоматологических услуг, работающих в системе DentaQuest, включён в наш справочник поставщиков услуг (Provider Directory). Перечень также размещён на сайте **metroplus.org**. За получением перечня можно также обратиться в Отдел обслуживания участников (Member Services) компании MetroPlusHealth, позвонив по номеру 1-800-303-9626. В любой момент можно осуществить замену основного стоматолога. Позвоните стоматологу, услугами которого вы пользуетесь в настоящий момент, для того чтобы выяснить, работает ли он в системе DentaQuest.

- Для выбора поставщика стоматологических услуг или замены основного стоматолога звоните в DentaQuest по номеру 1-844-284-8819 или в MetroPlus Health Plan по номеру 1-800-303-9626. Сотрудники Службы поддержки клиентов (Customer Services) всегда готовы оказать вам на помощь. Многие из них владеют вашим языком.

- Для получения стоматологических услуг, подлежащих страховому покрытию, вам потребуется имеющаяся у вас идентификационная карта участника плана. Отдельной идентификационной карты для стоматологических услуг вам не выдадут. При посещении основного стоматолога необходимо предъявлять идентификационную карту участника плана.
- Вы также можете без направления обратиться в стоматологическую клинику, находящуюся под управлением учебного стоматологического центра. Для получения перечня стоматологов, обслуживающих ваш район, звоните на горячую линию штата Нью-Йорк по номеру 800-541-2831.



Детский план медицинского страхования штата Нью-Йорк

MBR 12.11r



# Child Health Plus

## Договор подписчика (Subscriber Contract)

Благодарим вас за то, что вы выбрали компанию MetroPlus Health Plan. В настоящей брошюре содержится Договор об оказании услуг по программе Child Health Plus, заключаемый между вами и компанией MetroPlus Health Plan, а также другая информация о Плате, призванная помочь вам в полной мере воспользоваться преимуществами участия в программе Child Health Plus. Просим вас внимательно её изучить.

### ПРОГРАММА CHILD HEALTH PLUS КОМПАНИИ METROPLUS HEALTH PLAN: ДОГОВОР ПОДПИСЧИКА

ЧАСТЬ I настоящей брошюры содержит Договор об оказании услуг по программе Child Health Plus, заключаемый между вами и компанией MetroPlus Health Plan.

Подписывая договор, вы приобретаете право на получение страхового покрытия в отношении услуг, указанных в Договоре. Дата начала действия страхового покрытия (effective date) указана на вашей идентификационной карте. Настоящий Договор остаётся в силе до его прекращения по одному из оснований, перечисленных в Договоре.

### Уведомление о праве на изучение Договора в течение 10 дней

Вы имеете право на аннулирование Договора. Внимательно изучите его текст. Вы вправе потребовать его аннулирования. Соответствующее обращение необходимо направить в письменной форме в течение 10 дней со дня получения текста настоящего Договора. Нами будут возмещены все уплаченные вами страховые взносы. В случае аннулирования настоящего договора страховое покрытие в отношении указанных в нём услуг не предоставляется.

### ВАЖНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Оказание всех услуг, подлежащих страховому покрытию в соответствии с настоящим Договором, должно быть осуществлено, организовано или утверждено вашим поставщиком услуг первичной медицинской помощи (Primary Care Provider). Вы обязаны связаться со своим поставщиком услуг первичной медицинской помощи для получения услуг, подлежащих страховому покрытию, за исключением случаев получения скорой медицинской помощи (в соответствии с разделом пятым настоящего Договора), определённых видов акушерско-гинекологической медицинской помощи (в соответствии с разделом четвёртым настоящего Договора), а также офтальмологической и стоматологической помощи (в соответствии с разделом седьмым настоящего Договора).

## Программа Child Health Plus: типовой текст договора подписчика

1 января 2023 г.

Настоящее дополнение вносит изменения в ваш договор подписчика, добавляя следующие услуги, подлежащие страховому покрытию:

**Ассертивное лечение по месту жительства.** Нами оплачиваются услуги ассертивного лечения по месту жительства (Assertive Community Treatment Services, сокращённо — АСТ), в том числе для молодёжи и подростков (Young Adult ACT, Youth ACT). На услуги должно быть выдано направление врачом или иным лицензированным поставщиком медицинских услуг в рамках его сферы практики, в соответствии с правовыми нормами Штата, для максимального уменьшения физической или интеллектуальной инвалидности и восстановления функционального уровня получателя услуг до наилучшего (по мере возможности).

**Материалы медицинского назначения.** Нами оплачиваются материалы медицинского назначения (Medical Supplies), назначенные поставщиком услуг для лечения конкретного заболевания. Как правило, это одноразовые расходные материалы, не подлежащие повторному использованию, предназначенные для конкретной цели и в целом не представляющие какой-либо ценности после использования.

**Ортодонтические услуги при патологическом прикусе в тяжёлой форме, приводящем к физической неполноценности.** Нами оплачиваются ортодонтические услуги при патологическом прикусе в тяжёлой форме, приводящем к физической неполноценности (orthodontic services for a severe physically handicapping malocclusion). Для страхового покрытия услуг ортодонта требуется предварительное утверждение. Сюда входит ортодонтическая помощь при патологическом прикусе в тяжёлой форме, приводящем к физической неполноценности. Максимальный объём возмещаемой медицинской помощи (при наличии у участника права на возмещение) — три года активной ортодонтической помощи и один год восстановительной помощи. Страховое покрытие предоставляется один раз в течение жизни участника. Повторное лечение при рецидиве заболевания в перечень услуг, подлежащих страховому покрытию, не входит. Лечение должно быть утверждено и начата активная терапия (установлены и активированы устройства) до достижения участником возраста 19 лет.

**Услуги воздушной медицинской транспортировки.** Нами оплачиваются услуги воздушной медицинской транспортировки (air ambulance services) при катастрофических, угрожающих жизни заболеваниях и состояниях, в случае если: быстрая транспортировка необходима для сведения к минимуму риска смерти или ухудшения состояния пациента; наземная транспортировка не подходит для пациента; или во время транспортировки требуется применение оборудования жизнеобеспечения и оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

**Транспортировка между учреждениями.** Нами оплачивается воздушная и наземная транспортировка между учреждениями, в случае если такие услуги считаются экстренной транспортировкой. Сюда входит транспортировка из отделения скорой медицинской помощи (Emergency Room) в психиатрический центр (Psychiatric Center), транспортировка из отделения скорой медицинской помощи в травматологический / кардиологический / ожоговый центр (Trauma / Cardiac Care / Burn Center), транспортировка из одного отделения скорой медицинской помощи в другое, а также транспортировка из отделения скорой медицинской помощи в другое учреждение (Another Facility). Предварительное утверждение не требуется.

**Услуги лечения и поддержки для детей и членов их семей.** Нами оплачиваются услуги лечения и поддержки для детей и членов их семей (Children and Family Treatment and Support Services, сокращённо — CFTSS). Услуги могут предоставляться по месту жительства, учёбы ребёнка / подростка и (или) пользования услугами. Сюда входит следующее: услуги, предоставляемые иными лицензированными специалистами (Other Licensed Professionals, сокращённо — OLP), кризисное вмешательство (Crisis Intervention), психиатрическая поддержка и лечение по месту жительства (Community Psychiatric Supports and Treatment, сокращённо — CPST), услуги психосоциальной реабилитации (Psychosocial Rehabilitation Services), услуги семейной взаимопомощи (Family Peer Support Services), подростковой взаимопомощи (Youth Peer Support).

**Базовые ограниченные услуги, связанные с охраной здоровья.** Нами оплачиваются базовые ограниченные услуги, связанные с охраной здоровья (Core Limited Health-Related Services), оказываемые в агентствах добровольного патроната (Voluntary Foster Care Agency, сокращённо — VFCA) и (или) иных медицинских учреждениях, осуществляющих деятельность в рамках раздела (article) 29-I соответствующего закона. Медицинские услуги и услуги, связанные с поведенческими расстройствами, должны соответствовать разумным и приемлемым стандартам медицинской практики, определённым органами государственной власти Штата по результатам консультаций с признанными организациями здравоохранения. Сюда входят следующие пять базовых ограниченных услуг, связанных с охраной здоровья: услуги развития навыков (Skill building services); услуги сестринского ухода (Nursing Services); планирование лечения и выписки (Treatment Planning and Discharge Planning); услуги клинической консультации / контроля (Clinical Consultation/Supervision Services); услуги координирования (VFCA Child Health Plus Liaison/Administrator).

1 апреля 2023 г.

Настоящее дополнение вносит изменения в ваш договор подписчика, добавляя следующую услугу, подлежащую страховому покрытию:

**Реабилитационные услуги по месту жительства для молодежи (Residential Rehabilitation Services for Youth, «RRSY»).** Мы будем оплачивать реабилитационные услуги по месту жительства для молодежи («RRSY»), предоставляемые программой, лицензированной, сертифицированной или иным образом уполномоченной «Управлением помощи и поддержки наркозависимых» («Office of Addiction Services and Supports»). Услуги должны быть клинически обоснованы и указаны в индивидуальном плане лечения/восстановления и/или записях о динамике состояния.

## **Договор подписчика CNPlus: изменения, вносимые в перечень услуг, подлежащих страховому покрытию**

### **Услуги хосписа:**

В хосписе оказывается паллиативная и поддерживающая (supportive) медицинская помощь на последней стадии смертельного заболевания. Основное внимание уделяется контролю над болью и симптомами. Нами оплачиваются необходимые с медицинской точки зрения лечебные (curative) и поддерживающие услуги, входящие в пакет услуг, подлежащих страховому покрытию, для детей в возрасте до 21 года, получающих услуги хосписа и обладающих заключением врача о наличии последней стадии смертельного заболевания (предполагаемая продолжительность жизни — до шести месяцев), вне зависимости от места предоставления таких услуг.

Компанией MetroPlusHealth предоставляется страховое покрытие в отношении паллиативной и поддерживающей (supportive) медицинской помощи, оказываемой ребёнку, при наличии у ребёнка особых потребностей, возникающих в результате физического, психологического, духовного, социального и экономического стресса, испытываемого на заключительных этапах заболевания, во время наступления смерти и в течение периода переживания утраты. Кроме того, члены семьи ребёнка имеют право на получение консультации, связанной с переживанием утраты (до пяти посещений).

Статья (section) 2302 закона «О доступной медицинской помощи» (Affordable Care Act), озаглавленная «Сопутствующая медицинская помощь для детей» (Concurrent Care for Children) вносит изменения в пункты 1905(о)(1) и 2110(а)(23) закона «О социальной защите» (Social Security Act). Данными изменениями отменяется требование о том, что дети, имеющие право на участие в программе Children's Health Insurance Program (CHIP), при выборе услуг хосписа, подлежащих страховому покрытию, отказываются от получения лечебной медицинской помощи в отношении последней стадии смертельного заболевания. В соответствии с указанными изменениями, органы государственной власти штата обязаны предоставить ребёнку услуги хосписа, не требуя от него отказа от каких-либо услуг, предусматривающих лечение последней стадии смертельного заболевания, на получение которых ребёнок имеет право в рамках программы CHIP.

Программы услуг хосписа должны быть сертифицированы в соответствии с разделом (article) 40 закона штата Нью-Йорк «Об общественном здравоохранении» (Public Health Law). Все услуги должны оказываться квалифицированными работниками и волонтерами программы хосписа или квалифицированным персоналом в рамках заключенных договоров в той мере, в какой это возможно в соответствии с федеральными требованиями и требованиями уровня штата.



**Расстройства аутистического спектра.** Нами предоставляется страховое покрытие в отношении нижеперечисленных услуг при условии, что такие услуги прописываются или назначаются лицензированным врачом, работающим в системе плана, или лицензированным психологом и нами выносится заключение о том, что такие услуги являются необходимыми с медицинской точки зрения (Medically Necessary) при проведении профилактического обследования с целью выявления расстройств аутистического спектра, при их диагностике и лечении. В настоящем [разделе] термином «расстройство аутистического спектра» (autism spectrum disorder) обозначается любое общее расстройство психического развития, определение которого имеется в последнем издании «Диагностического и статистического справочника по психическим расстройствам» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) на момент оказания услуг, в том числе аутистическое расстройство, расстройство Аспергера, расстройство Ретта, детское дезинтегративное расстройство, общее расстройство психического развития без дополнительных уточнений.

**1. Профилактическое обследование и диагностика.** Нами предоставляется страховое покрытие в отношении обследований, оценок и исследований, проводимых с целью определения наличия расстройства аутистического спектра.

**2. Ассистивные средства коммуникации.** Нами предоставляется страховое покрытие в отношении официальной оценки, проводимой специалистом по нарушениям речи с целью определения потребности в ассистивном средстве коммуникации (assistive communication device). В том случае, если, в соответствии с результатами официальной оценки, ассистивное средство коммуникации с большой долей вероятности будет способствовать повышению коммуникативных возможностей участника плана, нами предоставляется страховое покрытие в отношении аренды или покупки ассистивного средства коммуникации при условии, что такое средство прописывается или назначается лицензированным врачом или лицензированным психологом участнику, не способному к выражению мыслей при помощи обычных средств (т. е. при помощи речи или письма). Примерами ассистивных средств коммуникации являются коммуникативные таблицы (communication board) и голосообразующие аппараты (speech generating device). Страховое покрытие предусмотрено лишь в отношении специальных устройств, т. е. устройств, в целом бесполезных при отсутствии коммуникативного нарушения. Решение в отношении выбора между арендой и покупкой устройства принимается нами. Страховое покрытие не предоставляется нами в отношении, в том числе, следующих изделий: лэптоп, настольный компьютер, планшетный компьютер. Однако нами предусмотрено страховое покрытие в отношении программного обеспечения и (или) приложений, позволяющих использовать лэптоп, настольный компьютер или планшетный компьютер в качестве голосообразующего аппарата. Установка программ и (или) техническая поддержка не подлежат отдельному возмещению. Подлежат страховому покрытию ремонт и замена таких устройств, требующиеся в связи с нормальным износом. Ремонт и замена устройства, требующиеся в связи с его утратой или повреждением вследствие неправильного обращения с ним или его хищения, страховому покрытию не подлежат; однако нами предоставляется страховое покрытие в

отношении одного случая замены или ремонта устройства определённого типа, требующиеся в связи с поведенческими проблемами. Страхование покрытие распространяется на устройство, наиболее соответствующие текущему функциональному уровню участника плана. Не предоставляется страховое покрытие в отношении дополнительных расходов на оборудование и принадлежности, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения. Нами не предоставляется страховое покрытие в отношении доставки и обслуживания, в том числе планового технического обслуживания. В отношении ассистивных средств коммуникации требуется предварительное утверждение. Порядок получения предварительного утверждения изложен в Договоре.

**3. Лечение поведенческих расстройств.** Нами предоставляется страховое покрытие в отношении программ консультации и лечения, необходимых для развития, поддержки, восстановления (в той мере, в какой это возможно) функционального уровня пациента. Страхование покрытие предоставляется при условии оказания таких услуг лицензированным поставщиком услуг. Нами предоставляется страховое покрытие прикладного анализа поведения при том условии, что такая услуга оказывается поведенческим аналитиком, сертифицированным Комитетом по сертификации поведенческих аналитиков (Behavior Analyst Certification Board), или лицом, работающим под руководством такого сертифицированного поведенческого аналитика, в соответствии со стандартами, предусмотренными подзаконными актами, издаваемыми Департаментом финансовых услуг штата Нью-Йорк (New York Department of Financial Services) по результатам консультаций с Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (New York Department of Health) и Департаментом просвещения штата Нью-Йорк (New York Department of Education). Термином «прикладной анализ поведения» (applied behavior analysis) обозначается проектирование, реализация и оценка вносимых в среду изменений (с использованием поведенческих стимулов и последствий) с целью достижения значимого с социальной точки зрения улучшения в поведении пациента, в том числе с применением непосредственного наблюдения, измерения и функционального анализа связи между средой и поведением. В программе лечения должны быть изложены (с использованием объективных и поддающихся измерению формулировок) измеримые цели, связанные с заболеванием и функциональными нарушениями, в отношении которых проводится вмешательство, в том числе цели, определённые в рамках первичной оценки и последующих промежуточных оценок, проводимых на протяжении вмешательства. Максимальный объём услуг прикладного анализа поведения, в отношении которого предоставляется страховое покрытие, — 680 часов на одного участника плана в один календарный год.

**4. Психиатрическая и психологическая помощь.** Нами предоставляется страховое покрытие в отношении непосредственных услуг [т. е. услуг, предполагающих непосредственное участие пациента], а также консультативных услуг [т. е. услуг, не предполагающих его участие], оказываемых психиатром, психологом или лицензированным клиническим социальным работником, обладающим лицензией штата, в котором он осуществляет деятельность.

**5. Терапевтическая помощь.** Нами предоставляется страховое покрытие в отношении терапевтических услуг, необходимых для развития, поддержки или восстановления (в той мере, в какой это возможно) функционального уровня пациента при условии, что такие услуги оказываются лицензированным или сертифицированным логопедом, эрготерапевтом, физиотерапевтом, социальным работником с целью лечения расстройства аутистического спектра, а также при условии, что услуги, оказываемые таким поставщиком услуг, подлежат страховому покрытию в соответствии с иными положениями настоящего Договора. За исключением случаев, когда это запрещено правовыми нормами, на услуги, оказываемые в соответствии с настоящим пунктом, распространяются ограничения на общее число посещений, установленные в отношении услуг, оказываемых такими терапевтами и социальными работниками, в соответствии с настоящим Договором.

**6. Лекарственная помощь.** Нами предоставляется страховое покрытие в отношении лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, предназначенных для лечения расстройства аутистического спектра, при условии, что такие препараты прописаны поставщиком услуг, обладающим правом на выдачу рецепта в соответствии с разделом (title) восьмым закона «Об образовании» (Education Law). На страховое покрытие таких лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, распространяются все условия, положения и ограничения, предусмотренные в отношении лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, настоящим Договором. В отношении вышеуказанных услуг и лечения страховое покрытие нами не предоставляется в случае их получения в рамках индивидуального образовательного плана, подготовленного в соответствии с законом «Об образовании».

**Договор подписчика CNPlus: дополнение в отношении оборудования и расходных материалов, предназначенных для ухода за стомой**

**Вступает в силу с 1 мая 2015 г.**

Нами предоставляется страховое покрытие в отношении оборудования и расходных материалов, предназначенных для ухода за стомой, при условии, что такое оборудование и такие расходные материалы прописаны лицензированным поставщиком медицинских услуг, обладающим правом на выдачу рецепта в соответствии с разделом (title) восьмым закона «Об образовании» (Education Law).

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ЧАСТЬ I</b>	<b>ВАШ ДОГОВОР ПОДПИСЧИКА</b>	
РАЗДЕЛ 1	ПЕРВЫЙ - ВВЕДЕНИЕ.....	0
РАЗДЕЛ 2	КОМУ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ .....	5
РАЗДЕЛ 3	БОЛЬНИЧНЫЕ УСЛУГИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ .....	7
РАЗДЕЛ 4	ВРАЧЕБНЫЕ УСЛУГИ.....	10
РАЗДЕЛ 5	СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ .....	14
РАЗДЕЛ 6	УСЛУГИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ .....	16
РАЗДЕЛ 7	ПРОЧИЕ УСЛУГИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ .....	17
РАЗДЕЛ 8	ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПЛАНЕ.....	27
РАЗДЕЛ 9	ОГРАНИЧЕНИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ.....	29
РАЗДЕЛ 10	СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ ПО НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ .....	33
РАЗДЕЛ 11	ПРЕКРАЩЕНИЕ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.....	35
РАЗДЕЛ 12	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ И ЖАЛОБЫ .....	37
РАЗДЕЛ 13	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....	47

## **ЧАСТЬ II    ИНФОРМАЦИЯ О METROPLUSHEALTH И СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ**

A	О компании MetroPlus Health Plan.....	35
B	Первые действия в качестве участника плана MetroPlusHealth.....	35
C	Обязанности участника.....	37
D	Скорая и срочная медицинская помощь .....	37
E	Получение медицинской помощи в особых ситуациях.....	39
F	Проверка целесообразности утверждения предоставления услуг.....	41
G	Получение помощи в Отделе обслуживания участников .....	43
H	Помощь участникам, не владеющим английским языком, и участникам, у которых присутствуют нарушения слуха или зрения.....	44
I	Предотвращение мошенничества .....	44
J	Отдел профессиональной этики в сфере здравоохранения.....	45
K	Приём предложений участников по усовершенствованию правил и процедур плана .....	45
L	Выплаты поставщикам услуг .....	45
M	Прочая информация, предоставляемая вам по запросу.....	45
N	Билль о правах участника плана медицинского страхования MetroPlusHealth.....	46
O	Важные номера телефонов .....	48



# ЧАСТЬ I

## ВАШ ДОГОВОР ПОДПИСЧИКА

### РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ - ВВЕДЕНИЕ

- 1. Программа Child Health Plus.** Настоящий договор выдаётся в соответствии со специальной программой Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health, сокращённо — ДОН), предназначенной для обеспечения льготным медицинским страхованием незастрахованных детей, проживающих на территории штата Нью-Йорк. Если вы соответствуете требованиям, предъявляемым к участникам программы Child Health Plus органами государственной власти штата Нью-Йорк, компания MetroPlus Health Plan регистрирует вас в качестве участника программы и в этом случае вы будете иметь право на получение медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре. Вы и (или) ответственное совершеннолетнее лицо (в соответствии с тем, что указано в заявлении) обязаны сообщить нам о любом изменении ваших обстоятельств, касающихся, например, места жительства, доходов, иных программ медицинского страхования, вследствие которого возможна утрата вами права на участие в программе Child Health Plus, в течение 60 дней с момента наступления изменения.
- 2. Получение медицинской помощи через ОПЗ (НМО).** Настоящий Договор предусматривает предоставление страхового покрытия компанией MetroPlus Health Plan, являющейся организацией поддержки здоровья (ОПЗ). В случае ОПЗ вся получаемая медицинская помощь должна быть необходимой с медицинской точки зрения (Medically Necessary) и оказание такой медицинской помощи должно быть осуществлено, организовано или предварительно утверждено вашим поставщиком услуг первичной медицинской помощи (Primary Care Provider, сокращённо — РСР). За исключением услуг скорой медицинской помощи (Emergency Services), определённых видов акушерско-гинекологических услуг, офтальмологической и стоматологической помощи, страховое покрытие в отношении медицинской помощи, получаемой без утверждения вашим поставщиком услуг первичной медицинской помощи (ПМП), не предусмотрено. Кроме того, страховое покрытие

предоставляется лишь в отношении медицинской помощи, оказываемой поставщиком услуг, работающим в системе плана (Participating Provider), за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи и случаев, когда ваш поставщик услуг ПМП направляет вас к поставщику услуг, не работающему в системе плана (Non-Participating Provider), получив утверждение от MetroPlusHealth.

**Выбор поставщика услуг ПМП.** Зарегистрировавшись на получение данного страхового покрытия, вы обязаны осуществить выбор поставщика услуг ПМП из соответствующего перечня, подготовленного компанией MetroPlus Health Plan. В перечне указан номер телефона, по которому необходимо позвонить, для того чтобы выяснить, принимает ли поставщик услуг ПМП новых пациентов. Осуществить замену поставщика услуг ПМП можно, позвонив в Отдел обслуживания участников (Member Services) компании MetroPlusHealth по номеру **1-800-303-9626** (звонок бесплатный). В тексте настоящего Договора для обозначения выбранного вами поставщика услуг ПМП употребляется выражение «ваш поставщик услуг ПМП».

3. **Употребляемая терминология.** В тексте настоящего Договора для обозначения компании MetroPlus Health Plan употребляются слова «мы» и «наш». Слова «вы» и «ваш» обозначают вас — ребёнка, которому выдаётся настоящий Договор и имя и фамилия которого указаны на идентификационной карте.
4. **Определения.** В тексте настоящего Договора используются следующие понятия:
  - А. **Договор (Contract)** — настоящий документ. Договор является имеющим юридическую силу соглашением между вами и нами. Храните настоящий Договор вместе с другими важными документами и обращайтесь к нему в случае необходимости.
  - В. **Неотложное состояние (Emergency Condition)** — медицинское или поведенческое состояние, наступающее внезапно и проявляющееся в виде симптомов (сильная боль и т. п.), тяжесть которых даёт благоразумному лицу, не имеющему медицинского образования, обладающему средними знаниями в области медицины и здоровья, основания полагать, что неоказание или несвоевременное оказание медицинской помощи повлечёт за



собой (А) серьёзную угрозу здоровью лица, у которого наблюдается такое состояние, или (в случае поведенческого состояния) такого лица и окружающих, (В) серьёзное нарушение функций организма такого лица, (С) серьёзную дисфункцию какого-либо органа или (D) серьёзное обезображение.

**C. Услуги скорой медицинской помощи (Emergency Services)** — услуги врача и амбулаторные больничные услуги, необходимые для лечения неотложного состояния.

**D. Больница (Hospital)** — больница общего типа, предназначенная для кратковременного пребывания пациентов, страдающих острыми заболеваниями, в отношении которой верны все следующие утверждения:

- основная деятельность больницы — оказание в стационарных условиях диагностических и терапевтических услуг с целью диагностики и лечения травм и заболеваний (такие услуги оказываются врачами или под их постоянным руководством);
- больница имеет в своем составе хорошо организованные отделения, оказывающие медицинскую помощь, в том числе проводящие обширные хирургические вмешательства;
- в больнице установлено требование, в соответствии с которым каждый пациент должен находиться под наблюдением врача или поставщика стоматологических услуг;
- в больнице круглосуточно предоставляются услуги сестринского ухода (такие услуги оказываются зарегистрированными профессиональными медицинскими сёстрами (R.N.) или под их руководством);
- если место нахождения больницы — штат Нью-Йорк, в больнице введён в действие план контрольно-ревизионной деятельности, применяющийся ко всем пациентам и соответствующий требованиям, установленным пунктом (k) статьи (section) 1861 публичного закона США № 89-97 (United States Public Law 89-97) (42 USCA 1395x[k]);
- больница надлежащим образом лицензирована органом, отвечающим за лицензирование таких больниц;

- не выступает или выступает лишь время от времени в качестве учреждения, основной деятельностью которой является лечение туберкулёза, учреждения, предназначенного для отдыха, для престарелых, лиц, страдающих наркотической или алкогольной зависимостью, для ухода за выздоравливающими, повседневного ухода (custodial care), для просветительной деятельности, реабилитации.

- Е. Необходимый с медицинской точки зрения (Medically Necessary)** — данное определение относится к услугам и расходным материалам, необходимым для профилактики, диагностики, коррекции или лечения состояний, вызывающих сильные страдания, угрожающих жизни, приводящих к болезни или неспособности, препятствующих нормальной жизнедеятельности или угрожающих возникновением серьёзных физических недостатков. Такие услуги должны: (1) соответствовать симптомам или диагнозу и лечению состояния, заболевания, недомогания или травмы участника плана; (2) быть целесообразными в отношении стандартов надлежащей медицинской практики, признанных и принятых медицинским сообществом; (3) оказываться не исключительно ради удобства участника плана, его поставщика услуг, подрядчика или другого поставщика медицинских услуг; (4) в случае стационарных больничных услуг — необходимость с медицинской точки зрения также означает невозможность оказания надлежащей медицинской помощи с соблюдением требований безопасности в амбулаторных условиях или в условиях менее интенсивного лечения.
- Ф. Больница, работающая в системе плана (Participating Hospital),** — больница, заключившая с нами соглашение, предусматривающее право на оказание нашим участникам услуг, подлежащих страховому покрытию.
- Г. Аптека, работающая в системе плана (Participating Pharmacy),** — аптека, заключившая с нами соглашение, предусматривающее право на оказание нашим участникам услуг, подлежащих страховому покрытию.

- Н. Врач, работающий в системе плана (Participating Physician),** — врач, заключивший с нами соглашение, предусматривающее право на оказание нашим участникам услуг, подлежащих страховому покрытию.
- I. Поставщик услуг, работающий в системе плана (Participating Provider),** — врач, работающий в системе плана, поставщик стоматологических услуг или иной лицензированный поставщик медицинских услуг, больница, агентство медицинской помощи на дому, лаборатория, аптека, иное лицо или организация, заключившая с нами соглашение, предусматривающее право на оказание нашим участникам услуг, подлежащих страховому покрытию.
- J. Поставщик услуг, не работающий в системе плана (Non-Participating Provider),** — поставщик услуг, не заключивший с нами соглашение, предусматривающее право на оказание нашим участникам услуг, подлежащих страховому покрытию. Нами не оплачиваются медицинские услуги, оказываемые поставщиком услуг, не работающим в системе плана, за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи и случаев, когда ваш поставщик услуг ПМП направляет вас к поставщику услуг, не работающему в системе плана, получив от нас утверждение.
- К. Страховой взнос (Premium)** — плата за медицинское страхование. Ваш страховой взнос или его часть уплачивается органами государственной власти штата Нью-Йорк; в зависимости от уровня вашего дохода вам, возможно, будет необходимо уплачивать часть взноса (дополнительная информация — в разделе 10).
- L. Поставщик услуг первичной медицинской помощи (поставщик услуг ПМП) (Primary Care Provider ("PCP"))** — поставщик услуг, работающий в системе плана (врач или фельдшер (nurse practitioner)), выбираемый вами при регистрации на получение услуг по плану или позднее при осуществлении замены поставщика услуг ПМП в соответствии с нашими правилами. Оказание всех медицинских услуг, подлежащих страховому покрытию, должно быть осуществлено или организовано поставщиком услуг ПМП.

М. **Зона обслуживания (Service Area)** — следующие округа: Манхэттен, Бронкс, Куинс, Бруклин. Для получения страхового покрытия в соответствии с настоящим Договором необходимо проживать в зоне обслуживания.

## **РАЗДЕЛ ВТОРОЙ - КОМУ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ**

- 1. Кому предоставляется страховое покрытие в соответствии с настоящим Договором.** Вам предоставляется страховое покрытие в рамках настоящего Договора в том случае, если вы соответствуете всем нижеперечисленным требованиям:
  - вы не достигли возраста 19 лет;
  - вам не предоставляется иное медицинское страховое покрытие;
  - вы не имеете права на участие в программе Medicaid;
  - постоянно проживая на территории штата Нью-Йорк, вы также проживаете в зоне обслуживания.
- 2. Повторная сертификация.** Ваше заявление о предоставлении страхового покрытия будет рассмотрено нами с целью определения вашего соответствия требованиям, предъявляемым к участникам программы Child Health Plus. Вы обязаны периодически подавать нам повторное заявление, для того чтобы мы могли определить, соответствуете ли вы по-прежнему требованиям, предъявляемым к участникам программы. Данный процесс носит название **повторной сертификации (recertification)**. В том случае, если в настоящий момент нами предоставляется страховое покрытие в отношении более одного ребёнка из вашей семьи, повторная сертификация всех детей будет проведена в месяце, на который назначена повторная сертификация одного из детей, но не ранее **1 октября 2000 года** (выбирается ближайший такой месяц). Вы обязаны проходить повторную сертификацию один раз в год. Однако в случае, если в отношении ещё одного ребёнка из вашей семьи подаётся заявление о предоставлении страхового покрытия, все дети должны пройти повторную сертификацию при подаче такого заявления. Впоследствии все дети из вашей семьи, которым нами предоставляется страховое покрытие, будут проходить повторную сертификацию один раз в год в один и тот же день.

3. **Изменения обстоятельств.** Вы обязаны уведомлять нас о любых изменениях, касающихся уровня вашего дохода, места жительства и медицинского страхового покрытия, вследствие которых возможна утрата вами права на получение страхового покрытия по настоящему договору. Срок уведомления — шестьдесят (60) дней с момента наступления изменения. В том случае, если вы не уведомите нас об изменении обстоятельств, вам, возможно, будет необходимо возместить сумму страховых взносов, уплаченных за вас.

## **РАЗДЕЛ ТРЕТИЙ - БОЛЬНИЧНЫЕ УСЛУГИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ**

1. **Получение медицинской помощи в больнице.** Вам предоставляется покрытие в отношении медицинской помощи, оказываемой в больнице в стационарных условиях, в том случае, если такая медицинская помощь необходима с медицинской точки зрения и выполняются все следующие условия:
  - А. Больница является поставщиком услуг, работающим в системе плана (за исключением случаев госпитализации в больницу, не работающую в системе плана, для оказания услуг скорой медицинской помощи и случаев, когда, при наличии предварительного утверждения компании MetroPlusHealth, вашим поставщиком услуг ПМП организовывается госпитализация в больницу, не работающую в системе плана).
  - В. В отношении госпитализации получено предварительное утверждение от компании MetroPlusHealth (за исключением случаев оказания услуг скорой медицинской помощи).
  - С. Вы являетесь зарегистрированным пациентом на постельном режиме, надлежащее лечение заболевания, травмы или состояния которого в амбулаторных условиях невозможно.
  
2. **Стационарные услуги, подлежащие страховому покрытию.** К стационарным услугам, подлежащим страховому покрытию в соответствии с настоящим Договором, относится следующее:
  - А. Койко-место и питание, в том числе специальное и лечебное питание.
  - В. Услуги сестринского ухода (общий уход, особый уход, уход при критическом состоянии), за исключением услуг персональной медицинской сестры (private duty nursing).
  - С. Помещения, услуги, расходные материалы и оборудование, связанные с проведением хирургических операций, помещения для восстановления, анестезия, помещения интенсивной терапии и специальной медицинской помощи.

- D. Кислород и иные терапевтические услуги и расходные материалы.
- E. Лекарственные средства и препараты, не являющиеся экспериментальными (experimental).
- F. Сыворотка, биопрепараты, вакцины, внутривенные препараты, перевязочные материалы, гипсовые повязки, материалы, предназначенные для диагностических исследований.
- G. Препараты крови (за исключением случаев, когда возможно участие в программе добровольного возмещения использованной крови (volunteer blood replacement program)).
- H. Помещения, услуги, расходные материалы и оборудование, связанные с проведением диагностических исследований и наблюдением за физиологическими функциями, в том числе лабораторных, патологических, кардиографических, эндоскопических, лучевых и электроэнцефалографических исследований и обследований.
- I. Помещения, услуги и расходные материалы, связанные с применением методов физической медицины, эрготерапии и реабилитации.
- J. Помещения, услуги, расходные материалы и оборудование, связанные с применением лучевой и ядерной терапии.
- K. Помещения, услуги, расходные материалы и оборудование, связанные с оказанием скорой медицинской помощи.
- L. Химиотерапия.
- M. Лучевая терапия.
- N. Любые дополнительные услуги, расходные материалы и оборудование (врачебные, хирургические и связанные с ними), обычно предоставляемые больницей, если они не исключаются в соответствии с настоящим Договором.

3. **Медицинская помощь беременным и роженицам.** В дополнение к перинатальным осложнениям нами оплачивается стационарная больничная медицинская помощь, оказываемая после родоразрешения (минимальный срок — 48 часов после родоразрешения, не потребовавшего проведения кесарева сечения, и 96 часов после родоразрешения с применением кесарева сечения). Страховое покрытие предоставляется, в том числе, в отношении просвещения родителей, помощи и инструкций по грудному вскармливанию и бутылочному кормлению, а также в отношении клинических оценок, прохождение которых необходимо материю и новорождённым.

Вы имеете право на выписку до истечения 48 часов после родов (96 часов в случае родов с применением кесарева сечения). При досрочной выписке нами оплачивается (по вашему обращению) медицинская помощь на дому (одно посещение на дому) в течение 48 часов после родоразрешения (96 часов в случае родоразрешения с применением кесарева сечения). Посещение на дому состоится в течение 24 часов после вашей выписки из больницы или вашего обращения за получением медицинской помощи на дому (в зависимости от того, что произойдёт позднее). Такое посещение на дому предоставляется в дополнение к посещениям с целью оказания медицинской помощи на дому, предусмотренным разделом седьмым настоящего Договора.

4. **Стационарные услуги психологической и психиатрической помощи, а также лечения расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами.** В случае стационарных услуг психологической и психиатрической помощи (mental health services), а также лечения расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами (alcohol and substance abuse services), нами оплачиваются стационарные больничные услуги, подлежащие страховому покрытию, оказываемые в: больницах; учреждениях, находящихся в ведении Управления по охране психического здоровья (Office of Mental Health, сокращённо — ОМН) в соответствии со статьей 17 раздела 7 (section 7.17) закона «О психической гигиене» (Mental Hygiene Law); а также в учреждениях, которым выдан сертификат на осуществление деятельности (operating certificate) в соответствии с разделом (article) 23 или 31 закона «О психической гигиене». За исключением случаев оказания скорой медицинской помощи, поставщик таких услуг должен работать в системе плана, но нами может быть утверждена госпитализация в учреждение, не работающее в системе плана.



## 5. Ограничения и исключения

- А. Нами не предоставляется страховое покрытие в отношении дней (полных и неполных), в течение которых вы отсутствуете в больнице. Нами не предоставляется страховое покрытие в отношении дней, в течение которых оказывается стационарная медицинская помощь, не являющаяся необходимой с медицинской точки зрения.
- В. Нахождение в двухместной палате оплачивается полностью. При нахождении в одноместной палате вы обязаны оплатить разницу между стоимостью одноместной и двухместной палат, за исключением случаев, когда нахождение в одноместной палате необходимо с медицинской точки зрения и назначено вашим врачом.
- С. Нами не оплачиваются расходы, не имеющие отношения к оказанию медицинской помощи (например, прокат телевизора, телефонные разговоры).

## РАЗДЕЛ ЧЕТВЁРТЫЙ - ВРАЧЕБНЫЕ УСЛУГИ

1. **Оказание всех врачебных услуг (medical services) должно быть осуществлено, организовано или утверждено вашим поставщиком услуг ПМП.** За исключением услуг скорой медицинской помощи и определённых видов акушерско-гинекологических услуг, в отношении нижеперечисленных медицинских услуг страховое покрытие предоставляется только при условии, что оказание таких услуг осуществлено, организовано или утверждено вашим поставщиком услуг ПМП. Вы имеете право на получение врачебных услуг, оказываемых в следующих учреждениях:

- кабинет вашего поставщика услуг ПМП;
- кабинет другого поставщика услуг, другое учреждение в том случае, если вашим поставщиком услуг ПМП выносится заключение о целесообразности получения вами медицинской помощи для лечения вашего состояния у такого поставщика услуг или в таком учреждении;
- амбулаторное отделение больницы;

- находясь на стационарном лечении в больнице, вы имеете право на получение врачебных, хирургических услуг и услуг анестезиолога. При госпитализации в больницу, не предусматривающем оказание услуг скорой медицинской помощи, необходимо получить предварительное утверждение компании MetroPlusHealth.

2. **Врачебные услуги, подлежащие страховому покрытию.** Нами оплачиваются следующие врачебные услуги:

A. **Общая медицинская помощь и специализированная медицинская помощь, в том числе консультация.**

B. **Профилактические медицинские услуги и физикальное обследование.** Нами оплачиваются профилактические медицинские услуги, в том числе:

- профилактические приёмы для детей в соответствии с графиком приёмов, разработанным Американской академией педиатрии (American Academy of Pediatrics);
- просвещение и консультации в области питания;
- проверка слуха;
- медико-социальные услуги;
- профилактическое обследование глаз;
- плановая иммунизация в соответствии с рекомендациями Консультативного комитета по практике иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices);
- туберкулиновая проба;
- профилактическое стоматологическое обследование и обследование на предмет развития;
- клинические лабораторные и лучевые исследования;
- профилактическое обследование на свинец.

C. **Диагностика и лечение заболеваний, травм и других состояний.** Нами оплачивается диагностика и лечение заболеваний и травм, в том числе:

- амбулаторные хирургические операции, проводимые в кабинете поставщика услуг или в центре амбулаторной хирургии, в том числе услуги анестезиолога;

- стоматологическая помощь в связи с травмой здоровых естественных зубов вследствие несчастного случая (в течение двенадцати месяцев с момента несчастного случая);
- лабораторные исследования, рентгенография и другие диагностические процедуры;
- гемодиализ;
- лучевая терапия;
- химиотерапия;
- лекарственные препараты, принимаемые в кабинете врача, в том числе в форме инъекций;
- заключение стороннего специалиста, прошедшего профессиональную сертификацию, в отношении хирургического вмешательства;
- аудиометрические исследования, необходимые с медицинской точки зрения.

**D. Физиотерапия и эрготерапия.** Нами оплачиваются кратковременные услуги физиотерапевта и эрготерапевта. Такие услуги должны оказываться квалифицированным специалистом. Кратковременные услуги — услуги, не предусматривающие более сорока (40) посещений в течение одного календарного года.

**E. Лучевая терапия, химиотерапия и гемодиализ.** Нами оплачиваются лучевая терапия и химиотерапия, включая лекарственные препараты, принимаемые во время соответствующей процедуры (в том числе в форме инъекций). Решение в отношении места оказания оплачиваемых нами услуг гемодиализа (на дому или в учреждении) принимается нами.

**F. Посещения с целью получения амбулаторного лечения психических заболеваний, а также алкоголизма и расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами.** Нами оплачиваются посещения с целью амбулаторной диагностики и лечения психических заболеваний и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Страховое покрытие в отношении услуг, необходимых с медицинской точки зрения, предоставляется без каких-либо ограничений на число посещений. В рамках посещений оказываются услуги семейной терапии в отношении алкогольной, наркотической зависимости и (или) психических заболеваний при условии, что такие услуги напрямую

связаны с лечением алкогольной, наркотической зависимости и (или) психических заболеваний, предоставляемым ребёнку, зарегистрированному на получение услуг по плану.

G. Предоставляется страховое покрытие в отношении **акушерско-гинекологических услуг (obstetric and gynecological services)**, оказываемых при беременности, в том числе услуг, связанных с пренатальным периодом, родами, родоразрешением и послеродовым периодом. Для получения медицинской помощи, связанной с беременностью, утверждение вашего поставщика услуг ПМП не требуется при условии обращения за медицинской помощью к квалифицированному поставщику акушерско-гинекологических услуг, работающему в системе плана. Без утверждения поставщика услуг ПМП у квалифицированного поставщика акушерско-гинекологических услуг, работающего в системе плана, также предоставляются следующие услуги:

- до двух обследований в течение года, связанных с первичной и профилактической акушерско-гинекологической медицинской помощью;
- медицинская помощь, получаемая по результатам упомянутых обследований или в случае возникновения гинекологического заболевания.

H. **Профилактическое обследования на рак шейки матки.** В том случае, если вы женщина, не достигшая возраста девятнадцати лет, ведущая половую жизнь, нами оплачиваются ежегодное профилактическое обследование на рак шейки матки, ежегодное обследование области таза, а также забор и исследование мазка Папаниколау. Нами также оплачивается профилактическое обследование на заболевания, передающиеся половым путём.

I. **Логопедическое лечение.** Нами оплачиваются услуги логопедического лечения (speech therapy), требующегося при заболевании, при котором обычно наблюдается значительное клиническое улучшение в течение двух месяцев с первого дня лечения, при условии, что такие услуги оказываются аудиологом, специалистом по языковым нарушениям (language pathologist), логопедом и (или) отоларингологом.

## РАЗДЕЛ ПЯТЫЙ - СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. **Посещение больничного отделения скорой медицинской помощи.** Нами оплачиваются услуги скорой медицинской помощи, оказываемые в отделении скорой медицинской помощи больницы. Обращаться за медицинской помощью можно непосредственно в любое отделение скорой медицинской помощи. Предварительно звонить своему поставщику услуг ПМП не требуется. На скорую медицинскую помощь не распространяется требование о получении от нас предварительного разрешения.

Мы, компания MetroPlusHealth, рекомендуем при посещении отделения скорой помощи незамедлительно (по возможности — к следующему рабочему дню) уведомить об этом Отдел управления потреблением медицинской помощи (Utilization Management Department) компании MetroPlusHealth. Номер телефона Отдела управления потреблением медицинской помощи — **1-800-303-9629** (звонок бесплатный). Осуществить уведомление можете вы лично или кто-либо от вашего имени.

В том случае, если, в соответствии с нашим односторонним решением, услуги, оказанные в отделении скорой медицинской помощи, не предназначались для лечения неотложного состояния (см. определение, приведённое в разделе первом, на странице [X]), страховое покрытие в отношении посещения отделения скорой медицинской помощи не предоставляется.

2. **Поступление в больницу при неотложном состоянии.** При поступлении в больницу вы и кто-либо от вашего имени должны незамедлительно (по возможности — к следующему рабочему дню) уведомить об этом Отдел управления потреблением медицинской помощи компании MetroPlusHealth. В случае если вы поступаете в больницу, не работающую в системе плана, мы можем потребовать незамедлительного перемещения вас в больницу, работающую в системе плана, когда это позволит ваше состояние.
3. **Услуги медицинской транспортировки (Ambulance Services).** Нами оплачиваются услуги догоспитальной скорой медицинской помощи, в том числе своевременная оценка и лечение неотложного состояния и (или) транспортировка в больницу (за исключением воздушной транспортировки), оказываемые службой медицинской транспортировки, которой выдан сертификат на осуществление деятельности (certificate to

operate) в соответствии со статьей 3005 закона «Об общественном здравоохранении» (Public Health Law).

На услуги медицинской транспортировки не распространяется требование о получении от нас предварительного утверждения при условии, что такие услуги оказываются в связи с неотложным состоянием (см. определение, приведённое в разделе первом, на странице [X], в котором упоминается принцип благоразумного лица, не имеющего медицинского образования). Если услуги догоспитальной скорой медицинской помощи, в том числе оценка и лечение неотложного состояния и (или) транспортировка в больницу (за исключением воздушной транспортировки), необходимы в соответствии с принципом благоразумного лица, страховое покрытие в отношении таких услуг предоставляется. На услуги медицинской транспортировки, оказываемые при отсутствии неотложного состояния, страховое покрытие не распространяется.

## **РАЗДЕЛ ШЕСТОЙ - УСЛУГИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**1. Стационарные услуги психологической и психиатрической помощи, а также лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.** Какие-либо ограничения в отношении стационарных услуг психологической и психиатрической помощи (mental health services), детоксикации и реабилитации не устанавливаются при условии, что учреждение, проводящее лечение, осуществляет деятельность в соответствии с подзаконными актами Штата.

Стационарные услуги психологической и психиатрической помощи, а также стационарные услуги лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (substance use disorder services), оплачиваются нами в случаях, когда такие услуги оказываются в учреждении, соответствующем одному из следующих требованиям:

- учреждение находится в ведении Управления по охране психического здоровья (Office of Mental Health) в соответствии с статьёй 17 раздела 7 (section 7.17) закона «О психической гигиене» (Mental Hygiene Law);
- учреждению выдан сертификат на осуществление деятельности (operating certificate) в соответствии с разделом (article) 23 или 31 закона «О психической гигиене»;
- учреждение является больницей общего типа в соответствии с определением, приведённым разделе (article) 28 закона «Об общественном здравоохранении» (Public Health Law).

**Посещения с целью получения амбулаторного лечения психических заболеваний, а также расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.** Нами оплачиваются посещения с целью амбулаторной диагностики и лечения психических заболеваний и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Нами также оплачиваются подобные посещения, осуществляемые членами вашей семьи, при условии, что такие посещения связаны с получаемыми вами услугами психологической и психиатрической помощи или лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

## РАЗДЕЛ СЕДЬМОЙ - ПРОЧИЕ УСЛУГИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ

1. **Оборудование и расходные материалы для лечения диабета.** Нами оплачивается нижеперечисленные виды оборудования и расходных материалов, предназначенных для лечения диабета, при условии, что такое оборудование и такие материалы необходимы с медицинской точки зрения и прописаны или рекомендованы вашим поставщиком услуг ПМП или иным поставщиком услуг, работающим в системе плана, обладающим правом на выдачу рецепта в соответствии с разделом (title) 8 закона штата Нью-Йорк «Об образовании» (Education Law):
  - глюкометры;
  - глюкометры для лиц, официально признанных слепыми;
  - системы управления данными;
  - тест-полоски для глюкометров и визуальные;
  - тест-полоски для анализа мочи;
  - приспособления, облегчающие выполнение инъекций;
  - картриджи для лиц, официально признанных слепыми;
  - инсулин;
  - шприцы;
  - инсулиновые помпы и принадлежности к ним;
  - устройства для инфузии инсулина;
  - препараты для перорального приёма;
  - дополнительное оборудование и расходные материалы, признанные главой Департамента здравоохранения (Commissioner of Health) пригодными для лечения диабета.
  
2. **Обучение самостоятельному контролю диабета.** Нами оплачивается обучение самостоятельному контролю диабета (self- management), предоставляемое вашим поставщиком услуг ПМП или иным поставщиком услуг, работающим в системе плана. Обучение предоставляется при постановке диагноза «диабет», существенном изменении вашего состояния, возникновении заболевания, требующего внесения изменений в процедуру контроля диабета, а также в случаях, когда нами выносится заключение о том, что с медицинской точки зрения необходимо переобучение. Нами также оплачиваются посещения на дому при условии, что такие посещения необходимы с медицинской точки зрения.



### 3. **Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment).**

А. **Границы страхового покрытия.** Нами оплачиваются приспособления и оборудование, назначенные вашим поставщиком услуг ПМП или иным поставщиком услуг, работающим в системе плана, для лечения конкретного медицинского состояния и соответствующие всем нижеперечисленным требованиям:

- приспособление или оборудование пригодно для регулярного использования в течение продолжительного периода;
- приспособление или оборудование (в основном и как правило) используется в медицинских целях;
- приспособление или оборудование в целом бесполезно при отсутствии заболевания или травмы;
- приспособление или оборудование обычно не приспособлено к нуждам конкретного лица, но, если приспособление или оборудование предназначается для использования одним лицом, возможно индивидуальное исполнение или внесение необходимых изменений.

К медицинскому оборудованию длительного пользования относится следующее: слуховые аппараты; протезы (приспособления, замещающие собой утраченную часть тела или выполняющие его функцию); ортезы (приспособления, используемые для поддержки слабой или деформированной части тела либо частичного или полного ограничения движения пораженной заболеванием или травмированной части тела); больничные койки и принадлежности к ним; кислород и кислородное оборудование; противопролежневые матрасы; аппараты ИВЛ с регулируемым объёмом, терапевтические аппараты ИВЛ, небулайзеры и другое оборудование, предназначенное для респираторной поддержки; тракционное оборудование; ходунки; трости; костыли; инвалидные коляски и принадлежности к ним; стулья-туалеты; поручни для унитаза; дыхательные мониторы; медицинские подъёмники; инфузионные помпы для нутритивной поддержки; инфузионные помпы для амбулаторного применения. Нами также оплачивается техническое обслуживание и ремонт оборудования (работа и запасные части).

- В. Аптеки, работающие в системе плана, и иные поставщики услуг, работающие в системе плана, предлагающие медицинское оборудование длительного пользования.** За исключением случаев оказания скорой медицинской помощи, при получении медицинского оборудования длительного пользования по рецепту необходимо обращаться в аптеку, работающую в системе плана, или к иному поставщику услуг, работающему в системе плана.
- С. Исключения и ограничения.** В рамках настоящего раздела нами не оплачивается следующее:

- экспериментальные (experimental) устройства и приспособления;
- ортопедические приспособления, предназначенные исключительно для использования во время занятий спортом;
- головные протезы (парики);
- зубные протезы (за исключением зубных протезов, необходимых в связи с травмой здоровых естественных зубов вследствие несчастного случая и предоставляемых в течение 12 месяцев с момента несчастного случая, а также за исключением зубных протезов, требующихся для лечения порока развития или в рамках реконструктивного хирургического вмешательства).

**4. Лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту и без рецепта.**

- А. Границы страхового покрытия.** Нами оплачиваются лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту и без рецепта, утверждённые Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, сокращённо — FDA) и необходимые с медицинской точки зрения (в соответствии с фармакологическим справочником программы Child Health Plus компании MetroPlusHealth). Страховому покрытию также подлежат (при условии, что такие препараты необходимы с медицинской точки зрения) смеси для энтерального питания (биологически активные добавки) для домашнего использования (в том числе смеси, предназначенные для лечения фенилкетонурии, разветвлённо-

цепочечной кетонурии, галактоземии и гомоцистинурии) и модифицированные твёрдые пищевые изделия, содержащие модифицированные белки или с низким содержанием белка, предназначенные для лечения определённых наследственных заболеваний, связанных с нарушением обмена аминокислот и органических кислот. Нами также оплачиваются приспособления и препараты, предназначенные для предупреждения беременности.

**В. Аптеки и поставщики услуг, работающие в системе плана.**

Нами оплачиваются исключительно лекарственные препараты, прописанные для приёма вне больницы. За исключением случаев оказания скорой медицинской помощи, рецепт должен быть выдан поставщиком услуг, работающим в системе плана, или поставщиком услуг, не работающим в системе плана, к которому вас направляет ваш поставщик услуг ПМП, получив от нас утверждение. За исключением случаев оказания скорой медицинской помощи, при получении лекарственного препарата по рецепту необходимо обращаться в аптеку, работающую в системе плана.

**С. Исключения и ограничения.** В рамках настоящего раздела нами не оплачивается следующее:

- введение (в том числе инъекции) любых лекарственных препаратов;
- замена утерянных или похищенных рецептов;
- лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, которые используются исключительно в косметических целях;
- экспериментальные (experimental) или исследуемые (investigational) лекарственные препараты, за исключением случаев, когда такие препараты утверждаются директором Плана по медицинским вопросам (Plan Medical Director) или агентом по внешней апелляции (External Appeal Agent);
- лекарственные препараты, не утверждённые Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов. Исключение: нами оплачиваются

лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, утверждённые указанным управлением для лечения рака, в случаях, когда вид рака, для лечения которого прописан препарат, не соответствует виду рака, в отношении которого получено утверждение указанного управления. Однако пригодность препарата для лечения вида рака, для которого прописан препарат, должна быть признана в одной из нижеперечисленных публикаций:

- (a) AMA Drug Evaluations;
- (b) American Hospital Formulary Service;
- (c) U.S. Pharmacopoeia Drug Information;
- (d) обзорная статья или редакционная заметка в известном профессиональном рецензируемом журнале.

- приспособления и расходные материалы всех видов (за исключением приспособлений, предназначенных для планирования семьи и предупреждения беременности, термометров для измерения базальной температуры, мужских и женских презервативов, диафрагм);
- витамины и прочие биологически активные добавки (за исключением случаев, когда такие добавки необходимы для лечения диагностированного заболевания или состояния);
- лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, принимаемые для лечения эректильной дисфункции, страховому покрытию не подлежат.

5. **Медицинская помощь на дому.** Нами оплачивается до сорока (40) посещений, связанных с оказанием медицинской помощи на дому (home health care), в один календарный год. Такая медицинская помощь должна предоставляться сертифицированным агентством медицинской помощи на дому, являющимся поставщиком услуг, работающим в системе плана. Медицинская помощь на дому оплачивается нами лишь в случаях, когда неоказание такой медицинской помощи влечет за собой поступление в больницу.

К медицинской помощи на дому относятся следующие услуги:

- сестринский уход, оказываемый на протяжении части суток или время от времени зарегистрированной профессиональной медицинской сестрой или под её руководством;
- услуги сотрудника по оказанию медико-социальной помощи на дому (home health aide), предоставляемые на протяжении части суток или время от времени, предусматривающие в основном уход за пациентом;
- физиотерапия, эрготерапия, логопедическое лечение (speech therapy), оказываемые агентством медицинской помощи на дому;
- материалы медицинского назначения, лекарственные средства и препараты, прописанные врачом, а также услуги лаборатории, оказываемые непосредственно сертифицированным агентством медицинской помощи на дому или по его поручению, в той мере, в какой такие услуги подлежат страховому покрытию при нахождении застрахованного лица в больнице.

**6. Предгоспитализационное обследование.** Нами оплачивается предгоспитализационное обследование (preadmission testing), проводимое в больнице, в которой назначена хирургическая операция, если соблюдаются все нижеперечисленные условия:

- до проведения обследования бронируются больничная койка и операционная в больнице;
- обследование назначено вашим врачом;
- в течение семи дней с момента проведения обследования действительно проводится назначенная операция.

Расходы на проведение предгоспитализационного обследования подлежат страховому покрытию и в случае отмены операции по его результатам.

**7. Стоматологическая помощь.**

**А. Границы страхового покрытия.** Нами оплачиваются услуги скорой, профилактической и плановой стоматологической помощи, оказываемые поставщиком услуг, работающим в системе плана. Для получения стоматологической помощи, подлежащей страховому покрытию, утверждение вашего поставщика услуг

ПМП не требуется при условии обращения за такой помощью к квалифицированному поставщику услуг, работающему в системе плана. К стоматологическим услугам, подлежащим страховому покрытию, относится следующее:

- скорая помощь, необходимая для облегчения боли и страданий, вызванных стоматологическим заболеванием или травмой;
- процедуры, направленные на предупреждение заболеваний полости рта, в том числе: профилактика (удаление зубных отложений, полировка зубов) один раз в 6 месяцев; местное фторирование один раз в 6 месяцев в районах, в которых не проводится фторирование водопроводной воды; герметизация фиссур нереставрированных постоянных больших коренных зубов;
- после прорезывания молочных зубов — плановый стоматологический осмотр один раз в 6 месяцев;
- рентгенография, в том числе снимок всей полости рта один раз в 36 месяцев и (при необходимости) прикусная рентгенография один раз в 6—12 месяцев или (при необходимости) панорамная рентгенография один раз в 36 месяцев, а также прочие виды рентгенографии по мере необходимости после прорезывания молочных зубов;
- все процедуры, необходимые при простом удалении зуба и прочих простых стоматологических хирургических операциях, не требующих госпитализации, в том числе предоперационный и послеоперационный уход;
- седация с сохранением сознания в стоматологическом кабинете;
- реставрация (амальгама, композитные материалы) и коронки из нержавеющей стали;
- прочие восстановительные материалы, пригодные для применения у детей;
- эндодонтическое лечение, в том числе все процедуры, необходимые для лечения пораженной пульпарной камеры и корневого канала, не требующего госпитализации;
- услуги периодонтального лечения, за исключением услуг, оказываемых в связи с предстоящим ортодонтическим лечением или приводящих к нему.

- зубное протезирование, в том числе съёмные полные или частичные зубные протезы с последующим наблюдением в течение шестимесячного периода и, если выполняется по крайней мере одно из нижеперечисленных условий, несъёмные мостовидные протезы:
  - такое протезирование требуется для замены одного верхнего переднего зуба (центральный / боковой резец или клык) у пациента, имеющего, за данным исключением, полный набор естественных, функционирующих и (или) реставрированных зубов;
  - такое протезирование требуется для стабилизации расщелины нёба;
  - такое протезирование требуется, так как, в соответствии со сведениями, содержащимися в медицинской документации, в связи с присутствием какого-либо неврологического или физиологического расстройства установка съёмного протеза невозможна.
- манипуляции с зубными протезами: установка идентификационных ярлыков, ремонт, перебазировка, замена базиса;
- фиксаторы пространства (односторонние и двухсторонние) для установки в реставрированном молочном и (или) смешанном зубном ряду с целью обеспечения нормального развития постоянных зубов.

**В. Исключения и ограничения.** Нами не оплачиваются услуги ортодонта.

## **8. Офтальмологическая помощь.**

**А. Границы страхового покрытия.** Нами оплачиваются услуги скорой, профилактической и плановой офтальмологической помощи. Для получения офтальмологической помощи, подлежащей страховому покрытию, утверждение вашего поставщика услуг ПМП не требуется при условии обращения за такой помощью к квалифицированному поставщику услуг офтальмологической помощи, работающему в системе плана. К офтальмологическим услугам, подлежащим страховому покрытию, относится следующее:

- **Проверка зрения.** Нами оплачивается проверка зрения с целью определения потребности в корректирующих линзах и выписки (при необходимости) рецепта на такие линзы. Нами оплачивается одна проверка зрения в 12-месячный период, за исключением случаев, когда, в соответствии со сведениями, содержащимися в надлежащей документации, требуется более частое проведение таких проверок. Проверка зрения может предполагать, в том числе, следующее: изучение истории болезни; внешнее обследование глаза или внутреннее обследование глаза; осмотр глазного дна; определение рефракционного состояния; определение бинокулярного расстояния; тонометрические исследования для выявления глаукомы; исследования для выявления существенных нарушений полей зрения и цветовосприятия; общие заключения и рекомендации в отношении корректирующих линз.
- **Линзы для очков, отпускаемые по рецепту.** Нами оплачивается получение качественных стандартных линз для очков, отпускаемых по рецепту, один раз в 12-месячный период (за исключением случаев, когда, в соответствии со сведениями, содержащимися в надлежащей документации, требуется более частое получение таких линз). Линзы для очков, отпускаемые по рецепту, изготавливаются из стекла или пластика.
- **Оправы.** Нами оплачивается получение стандартных оправ, пригодных для линз, один раз в 12-месячный период (за исключением случаев, когда, в соответствии со сведениями, содержащимися в надлежащей документации, требуется более частое получение таких оправ).
- **Контактные линзы.** Получение контактных линз оплачивается нами исключительно в случаях, когда, в соответствии с заключением, такие линзы необходимы с медицинской точки зрения.

**В. Исключения и ограничения.** Получение контактных линз, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, нами не оплачивается.

9. **Услуги хосписа.** Нами оплачиваются нелечебные (non-curative) медицинские услуги и услуги поддержки, оказываемые (на дому либо в



больнице в стационарных условиях) по координированной программе хосписа, для детей (в возрасте до 19 лет), обладающих заключением врача о наличии последней стадии смертельного заболевания (предполагаемая продолжительность жизни — до шести месяцев).

В рамках услуг хосписа предоставляется страховое покрытие в отношении паллиативной и поддерживающей (supportive) медицинской помощи, оказываемой ребёнку, при наличии у ребёнка особых потребностей, возникающих в результате физического, психологического, духовного, социального и экономического стресса, испытываемого на заключительных этапах заболевания, во время наступления смерти и в течение периода переживания утраты. Кроме того, члены семьи ребёнка имеют право на получение консультации, связанной с переживанием утраты (до пяти посещений).

Программы услуг хосписа должны быть сертифицированы в соответствии с разделом (article) 40 закона штата Нью-Йорк «Об общественном здравоохранении» (Public Health Law). Все услуги должны оказываться квалифицированными работниками и волонтерами программы хосписа или квалифицированным персоналом в рамках заключенных договоров в той мере, в какой это возможно в соответствии с федеральными требованиями и требованиями уровня штата.

10. **Речь и слух.** Нами оплачиваются услуги, связанные с речью и слухом, в том числе слуховые аппараты, элементы питания к ним, ремонт. К таким услугам относится ежегодная проверка слуха для определения потребности в коррекции. Предоставляется страховое покрытие в отношении логопедического лечения (speech therapy), требующегося при заболевании, при котором обычно наблюдается значительное клиническое улучшение в течение двух месяцев с первого дня лечения, при условии, что такое лечение проводится аудиологом, специалистом по языковым нарушениям (language pathologist), логопедом и (или) отоларингологом.

## **РАЗДЕЛ ВОСЬМОЙ - ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПЛАНЕ**

- 1. Специалист в качестве вашего поставщика услуг ПМП.** В том случае, если у вас присутствует состояние или заболевание, угрожающее жизни, либо дегенеративное и инвалидизирующее состояние или заболевание, вы вправе потребовать, чтобы в качестве вашего поставщика услуг ПМП выступал специалист, являющийся поставщиком услуг, работающим в системе плана. По результатам консультаций с данным специалистом и вашим поставщиком услуг ПМП нами будет принято решение, касающееся целесообразности выступления данного специалиста в этом качестве.
- 2. Постоянное направление к специалисту, работающему в системе плана.** В том случае, если вам регулярно требуется получение специализированной медицинской помощи, вы можете получить так называемое постоянное направление (standing referral) к специалисту, являющемуся поставщиком услуг, работающим в системе плана. Это означает, что вам не потребуется получать новое направление от своего поставщика услуг ПМП каждый раз, когда вам будет необходимо обратиться к данному специалисту. По результатам консультаций с данным специалистом и вашим поставщиком услуг ПМП нами будет принято решение, касающееся целесообразности выдачи постоянного направления.
- 3. Постоянное направление в центр специализированной медицинской помощи.** В том случае, если у вас присутствует состояние или заболевание, угрожающее жизни, либо дегенеративное и инвалидизирующее состояние или заболевание, вы вправе потребовать выдачи постоянного направления в центр специализированной медицинской помощи (specialty care center), являющийся поставщиком услуг, работающим в системе плана. По результатам консультаций с вашим поставщиком услуг ПМП, вашим специалистом и центром специализированной медицинской помощи нами будет принято решение, касающееся целесообразности выдачи такого направления.  
**Ваш поставщик услуг покидает сеть плана.** Если во время прохождения вами курса лечения ваш поставщик услуг покидает сеть плана, в определённых случаях вы можете по-прежнему получать медицинскую помощь у данного поставщика услуг, работавшего в

системе плана, в течение периода, не превышающего 90 дней с момента нашего уведомления о том, что данный поставщик услуг покидает сеть плана. В том случае, если в этот момент вы будете находиться на втором триместре беременности, вы, возможно, сможете по-прежнему получать медицинскую помощь у данного поставщика услуг, работавшего в системе плана, в период родов и послеродовой период при получении медицинской помощи, непосредственно связанной с родами. В том случае, если поставщика услуг, работавший в системе плана, примет наши условия оплаты услуг и даст согласие на следование нашим процедурам и правилам, в том числе связанным с обеспечением качества оказываемой медицинской помощи, вы также сможете получать медицинскую помощь у данного поставщика услуг в течение периода, не превышающего 90 дней, или на протяжении периода беременности.

4. **Новый участник проходит курс лечения.** В том случае, если на момент регистрации на получение услуг по нашему плану вы будете проходить курс лечения у поставщик услуг, не работающего в системе плана, вы, возможно, сможете по-прежнему получать медицинскую помощь у данного поставщика услуг в течение периода, не превышающего 60 дней со дня начала действия в отношении вас страхового покрытия, предусмотренного настоящим Договором. Прохождение курса лечения должно быть необходимо в связи с заболеванием или состоянием, угрожающим жизни, либо дегенеративным и инвалидизирующим состоянием или заболеванием. В том случае, если в момент начала действия в отношении вас страхового покрытия, предусмотренного настоящим Договором, вы будете находиться на втором триместре беременности, вы также по-прежнему сможете получать медицинскую помощь у поставщика услуг, не работающего в системе плана. Вы сможете по-прежнему получать медицинскую помощь у данного поставщика услуг в период родов и послеродовой период при получении услуг, непосредственно связанных с родами. В том случае, если данный поставщик услуг, не работающий в системе плана, примет наши условия оплаты услуг и даст согласие на следование нашим правилам и процедурам, в том числе связанным с обеспечением качества оказываемой медицинской помощи, вы также сможете получать медицинскую помощь у данного поставщика услуг в течение периода, не превышающего 60 дней, или на протяжении периода беременности.

## РАЗДЕЛ ДЕВЯТЫЙ - ОГРАНИЧЕНИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ

В дополнение к уже изложенным ограничениям и исключениям нами не оплачивается следующее:

- 1. Медицинская помощь, не являющаяся необходимой с медицинской точки зрения.** В целом Планом не предоставляется страховое покрытие в отношении медицинских услуг, которые, в соответствии с односторонним решением Плана, не являются необходимыми с медицинской точки зрения. Однако в том случае, если агент по внешней апелляции (External Appeal Agent), сертифицированный органами государственной власти Штата, отменяет решение Плана об отказе в страховом покрытии, Планом предоставляется страховое покрытие в отношении процедуры, лечения, услуги, фармацевтического препарата или медицинского оборудования длительного пользования, в отношении которого (которой) принято решение об отказе в страховом покрытии, в той мере, в какой процедура, лечение, услуга, фармацевтический препарат или медицинское оборудование длительного пользования подлежит страховому покрытию в соответствии с прочими условиями настоящего Договора подписчика (дальнейшая информация о внешних апелляциях приведена в разделе 12 настоящего Договора подписчика).
- 2. Принятая медицинская практика.** Вы не имеете права на получение услуг, не отвечающих принятой медицинской или психиатрической практике и соответствующим стандартам, действующим на момент получения лечения.
- 3. Медицинская помощь, оказание которой не осуществлено, организовано или утверждено вашим поставщиком услуг ПМП.** За исключением случаев, предусмотренных настоящим Договором, вы имеете право на получение страхового покрытия исключительно в отношении услуг, оказание которых осуществлено, организовано или утверждено вашим поставщиком услуг ПМП. В том случае, если вами принимается решение о получении медицинской помощи, оказание которой не осуществляется, организуется или утверждается вашим поставщиком услуг ПМП, мы не несем ответственности за понесенные вами расходы.

4. **Стационарные услуги, оказываемые в учреждении сестринского ухода (nursing home), реабилитационном учреждении (rehabilitation facility) или в каком-либо ином учреждении, страховое покрытие в отношении которых прямо не предусмотрено настоящим Договором.**
5. **Услуги врача, оказываемые в период нахождения в стационаре учреждения сестринского ухода, реабилитационного учреждения или какого-либо иного учреждения, страховое покрытие в отношении которых прямо не предусмотрено настоящим Договором.**
6. **Экспериментальные и исследуемые услуги.** В целом Планом не предоставляется страховое покрытие в отношении экспериментальных (experimental) и исследуемых (investigational) методов лечения. Однако страховое покрытие в отношении экспериментального или исследуемого метода лечения предоставляется в том случае, если такой метод лечения утверждается агентом по внешней апелляции, сертифицированным органами государственной власти штата. В том случае, если агентом по внешней апелляции утверждается экспериментальный или исследуемый метод лечения, изучаемый в рамках клинического испытания, Планом предоставляется страховое покрытие исключительно в отношении расходов на услуги, необходимые для получения вами лечения в соответствии с планом («дизайном», design) клинического испытания. План не несёт ответственности за расходы на исследуемые препараты и приспособления, расходы на немедицинские услуги, расходы на решение организационных вопросов, а также расходы, связанные с методами лечения, не являющимися экспериментальными или исследуемыми, страховое покрытие в отношении которых не предусмотрено настоящим Договором подписчика (дальнейшая информация о внешних апелляциях приведена в разделе 12 настоящего Договора подписчика).
7. **Косметические хирургические операции.** Нами не оплачиваются косметические хирургические операции, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения. Однако нами оплачивается реконструктивное хирургическое вмешательство в случаях, когда:
  - такое вмешательство осуществляется после хирургической операции, проведение которой необходимо вследствие травмы, инфекции, других заболеваний соответствующей части тела; либо

- такое вмешательство требуется для коррекции функционального дефекта, вызванного врождённым заболеванием или врождённой аномалией.
8. **Экстракорпоральное оплодотворение (in vitro fertilization), искусственное осеменение (artificial insemination) и прочие вспомогательные репродуктивные технологии (assisted means of conception).**
  9. **Услуги персональной медицинской сестры (private duty nursing).**
  10. **Аутологичное донорство крови.**
  11. **Услуги мануальной терапии (physical manipulation services).** Нами не оплачиваются услуги, оказываемые для выявления и коррекции (ручным или механическим способом) структурного дисбаланса (structural imbalance), искривлений (distortion), сублюксации человеческого тела с целью устранения сбоя в движении нервных импульсов (nerve interference) и его последствий. Настоящее исключение действует в случаях, когда сбой в движении нервных импульсов вызывается искривлением, неточным совмещением (misalignment) или сублюксацией частей позвоночника.
  12. **Планный уход за ногами (foot care).**
  13. **Иные программы медицинского страхования, схемы обеспечения льготной медицинской помощью и государственные программы.** Выплаты, предусмотренные настоящим договором, производятся нами в сокращённом размере в отношении услуги, на получение которой вы имеете право в рамках других программ медицинского страхования, схем обеспечения льготной медицинской помощью или государственных программ. Размер наших выплат сокращается на сумму, подлежащую выплате в рамках таких программ и схем. Под другими программами медицинского страхования (health insurance) подразумевается, в том числе, страховое покрытие, предоставляемое страховыми компаниями, планами Blue Cross и Blue Shield, ОПЗ (НМО) и прочими подобными организациями. Под схемами обеспечения льготной медицинской помощью (health benefit plan) подразумеваются, в том числе, все самозастрахованные планы (self-insured plan) и незастрахованные планы (non-insured plan),

предлагаемые, например, работодателями, доверительными фондами, союзами, организациями работодателей (employer organization), организациями обеспечения льготами работников (employee benefit organization). Под государственными программами (government program) подразумеваются программа Medicare, все прочие федеральные программы и программы уровня штата и местного самоуправления (за исключением программ Physically Handicapped Children's Program и Early Intervention Program).

14. **Страхование легковых автомобилей, при котором страховое возмещение выплачивается независимо от причины страхового случая.** Нами не оплачиваются услуги, подлежащие страховому покрытию в рамках обязательного страхования легковых автомобилей, при котором страховое возмещение выплачивается независимо от причины страхового случая (no-fault automobile insurance). Выплаты не производятся нами даже в том случае, если вы не подаёте страховое требование в отношении выплат, на получение которых вы имеете право в рамках такой программы страхования.
15. **Прочие исключения.** Нами не оплачивается следующее:
  - a. процедуры по изменению пола;
  - b. повседневный уход (custodial care).
16. **Компенсации работникам за травмы на рабочем месте.** Нами не предоставляется страховое покрытие в отношении услуги или медицинской помощи, получаемой в связи с травмой, состоянием или заболеванием, в том случае, если подано и удовлетворено страховое требование в соответствии с законом, посвящённым компенсации работникам за травмы на рабочем месте (Workers' Compensation Law), и иным подобным законодательством.

## **РАЗДЕЛ ДЕСЯТЫЙ - СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ ПО НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ**

- 1. Размер страховых взносов.** Размер страховых взносов, уплачиваемых по настоящему Договору, определяется нами и утверждается суперинтендантом страхования (Superintendent of Insurance) штата Нью-Йорк.
- 2. Уплачиваемая вами часть страховых взносов.** В соответствии с нормами права штата Нью-Йорк вам, возможно, будет необходимо уплачивать часть суммы страховых взносов. В том случае, если уплата части суммы страховых взносов потребует, мы направим вам соответствующее уведомление.
- 3. Отсрочка уплаты страховых взносов.** Все страховые взносы по настоящему Договору уплачиваются в форме предоплаты за один месяц. Однако в отношении уплаты всех страховых взносов, за исключением страхового взноса за первый месяц, предусмотрена отсрочка (grace period) на срок в 30 дней. Это означает, что (за исключением страхового взноса за первый месяц в отношении каждого ребенка) в том случае, если мы получаем платёж в течение 30 дней со дня истечения срока уплаты страхового взноса, нами предоставляется страховое покрытие, предусмотренное настоящим Договором, в отношении всего периода, за который осуществляется платёж. Если мы не получаем платёж в течение 30-дневного срока отсрочки, страховое покрытие, предусмотренное настоящим Договором, прекращается с последнего дня месяца, в котором истекает срок уплаты страхового взноса.
- 4. Согласие на оплату услуг в случае неуплаты страхового взноса.** Вы не имеете права на получение услуг, предусмотренных Договором, в период, за который страховой взнос не уплачен. Вы даёте согласие на самостоятельную оплату услуг, получаемых в течение такого периода.
- 5. Изменения размера страховых взносов.** В случае увеличения или уменьшения размера страховых взносов или уплачиваемой вами части страховых взносов по настоящему Договору, мы уведомим вас об этом в письменной форме не позднее чем за тридцать дней.



6. **Изменения, касающиеся вашего дохода или размера семьи.** В том случае, если происходит изменение уровня вашего дохода или размера семьи, вы вправе потребовать от нас пересмотра размера уплачиваемой вами части семейных страховых взносов (family premium contribution). Для этого необходимо позвонить нам по номеру **1-800- 3039626** или на горячую линию программы Child Health Plus по номеру **1-800-698-4543**. Мы предоставим вам бланк и разъясним требования, предъявляемые к документации, необходимой для проведения пересмотра. В течение 10 рабочих дней с момента получения вашего обращения и документации, необходимой для проведения пересмотра, мы осуществим перерасчёт размера уплачиваемой вами части семейных страховых взносов и уведомим вас о результатах перерасчёта. В том случае, если по результатам пересмотра потребуется изменение размера уплачиваемой вами части семейных страховых взносов, такое изменение будет осуществлено нами не позднее чем через 40 дней с момента получения заполненного бланка обращения о проведении пересмотра и сопроводительной документации.

## РАЗДЕЛ ОДИННАДЦАТЫЙ - ПРЕКРАЩЕНИЕ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

1. **Неуплата страховых взносов.** В том случае, если вы обязаны уплачивать страховой взнос по настоящему Договору, но платёж нами не получен, Договор прекращается по истечении 30-дневного срока отсрочки. Например, если срок уплаты страхового взноса истекает 1 июля и до 31 июля (день истечения 30-дневного срока отсрочки) страховой взнос не уплачен, то не осуществляются выплаты, предусмотренные настоящим Договором, в отношении услуг, оказываемых вам после 31 июля.
2. **Переезд из зоны обслуживания.** Настоящий Договор прекращается, когда вы перестаёте постоянно проживать в зоне обслуживания.
3. **Прекращение соответствия требованиям, предъявляемым к участникам программы.** Настоящий Договор прекращается в один из нижеуказанных дней:
  - A. Последний день месяца, в котором вы достигаете возраста 19 лет;
  - B. День вашей регистрации на получение услуг по программе Medicaid;
  - C. День начала действия в отношении вас страхового покрытия, предусмотренного иной программой обеспечения льготной медицинской помощью (health benefits program) (в том числе застрахованной или самозастрахованной программой (insured or self-insured program), предлагаемой группой работодателя (employer group), союзом или иной ассоциацией).
4. **Прекращение программы Child Health Plus.** Настоящий Договор прекращается автоматически в день, когда прекращается действие закона штата Нью-Йорк, предусматривающего учреждение программы Child Health Plus, в день, когда настоящий Договор прекращается в соответствии с решением органов государственной власти Штата, или в день, когда мы перестаём получать финансирование, предоставляемое органами государственной власти штата Нью-Йорк в рамках программы Child Health Plus.
5. **Расторжение нами настоящего Договора.** Мы вправе расторгнуть настоящий Договор в любой момент по нижеперечисленным основаниям:

- A. Мошенничество при подаче заявления о регистрации на получение услуг по Договору или при получении услуг.
  - B. Прочие основания, перечень которых утверждён суперинтендантом страхования (Superintendent of Insurance) на момент расторжения Договора. Вам будет предоставлен экземпляр такого перечня. Мы уведомим вас о расторжении Договора на таком основании в письменной форме не позднее чем за тридцать (30) дней.
  - C. Отмена вида договоров, к которому принадлежит настоящий Договор, при условии, что вы будете уведомлены о таком расторжении Договора в письменной форме не позднее чем за пять месяцев.
  - D. Вами не предоставлена документация, запрошенная нами с целью проведения повторной сертификации.
6. **Расторжение вами настоящего Договора.** Вы вправе расторгнуть настоящий Договор в любой момент, уведомив нас об этом не позднее чем за один месяц. Нами будет возмещена уплаченная заранее часть страхового взноса по настоящему Договору.
7. **Ваша смерть.** Настоящий Договор прекращается автоматически в день вашей смерти.
8. **Страховое покрытие после прекращения Договора.** В том случае, если у вас имеется полная инвалидность в день прекращения настоящего Договора и в период действия Договора вы получали медицинские услуги в связи с заболеванием, травмой или состоянием, вызвавшим (вызвавшей) полную инвалидность, нами будут по-прежнему оплачиваться услуги, получаемые вами в связи с заболеванием, травмой или состоянием, имеющим (имеющей) отношение к полной инвалидности, на протяжении периода непрекращающейся полной инвалидности до дня наступления одного из нижеуказанных условий:
- в соответствии с нашим односторонним решением у вас перестает иметься полная инвалидность;
  - проходит двенадцать (12) месяцев со дня прекращения настоящего Договора.

Нами будет оплачен только такой объём медицинской помощи, какой вы бы получили в случае продолжения действия Договора.

9. **Замена страхового покрытия, предоставлявшегося в соответствии с прекратившимся Договором.** Компания MetroPlus Health Plan не обладает лицензией на предоставление коммерческих страховых продуктов, за исключением группового плана управляемой медицинской помощи, предназначенного для работников корпорации New York City Health and Hospitals. В том случае, если договор прекращается вследствие достижения вами возраста 19 лет или вследствие прекращения программы Child Health Plus, мы предоставим вам информацию о иных страховых компаниях, у которых можно приобрести индивидуальное медицинское страховое покрытие.

## **РАЗДЕЛ ДВЕНАДЦАТЬ - ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ И ЖАЛОБЫ**

### **Апелляции на отрицательные решения**

Для того чтобы получить или продолжать получать некоторые виды лечения и услуг, вам может потребоваться разрешение. Эта процедура называется **предварительным утверждением (prior authorization)**. Обращение за разрешением на получения лечения или услуги называется **обращением об утверждении предоставления услуг (service authorization request)**. Данная процедура описана ниже в настоящем справочнике. Любое решение об отказе в удовлетворении обращения об утверждении предоставления услуг или о его утверждении с ограничением объёма получаемых услуг, называется **отрицательным решением (action)**.

Если вы не удовлетворены принятым нами решением в отношении оказываемой вам медицинской помощи, вы можете предпринять соответствующие действия.

### **Ваш поставщик услуг может обратиться за повторным рассмотрением обращения:**

В том случае, если решение, касающееся вашего обращения об утверждении предоставления услуг, принимается нами без консультации с вашим врачом, ваш врач может обратиться с просьбой о беседе с директором Плана по медицинским вопросам (Medical Director). Директор по медицинским вопросам побеседует с вашим врачом в течение одного рабочего дня.

### **Вы можете подать апелляцию на отрицательное решение:**

- Если вы не удовлетворены нашими действиями или принятым нами решением относительно обращения об утверждении предоставления услуг, вы вправе подать апелляцию в течение 90 календарных дней после получения нашего ответа.
- Подать апелляцию можно как самостоятельно, так и через доверенное лицо. Для того чтобы получить помощь по вопросам подачи апелляции, вы можете позвонить в Отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру **1-800-303-9626**.
- Подача апелляции не повлияет на наше отношение к вам и не станет причиной репрессивных мер в отношении вас.
- Подать апелляцию можно как по телефону, так и в письменной форме. В том случае, если вы подаете апелляцию по телефону, она должна быть продублирована в письменной форме.

### **Ваша апелляция рассматривается в срочном порядке в следующих случаях:**

- Если вы или ваш врач обращаетесь за рассмотрением апелляции в срочном порядке. При этом ваш врач должен пояснить, каким образом задержка в рассмотрении апелляции может причинить вред вашему здоровью. В том случае, если ваше обращение о рассмотрении апелляции в срочном порядке не будет удовлетворено, мы сообщим вам об этом. Ваша апелляция будет рассмотрена в обычном порядке.
- Если не удовлетворяется ваше обращение о продолжении предоставления вам услуг, получаемых на данный момент, или о расширении диапазона услуг, уже полученных вами.
- Апелляции, подлежащие рассмотрению в срочном порядке, могут быть поданы по телефону. Дублирование таких апелляций в письменной форме не обязательно.

### **Порядок рассмотрения полученной апелляции:**

- В течение 15 дней мы направим вам письмо, которым известим о начале рассмотрения апелляции.
- Апелляции на отрицательные решения, касающиеся вопросов лечения, рассматриваются квалифицированными медицинскими работниками, не принимавшими участия в принятии первоначального решения; при этом как минимум один из них является независимым экспертом-клиницистом.
- Решения, не касающиеся вопросов лечения, рассматриваются работниками более высокого уровня, чем те, кто принимал первоначальное решение.
- До и во время рассмотрения апелляции вы или ваше доверенное лицо сможете ознакомиться с документами по вашему случаю, в том числе с медицинской документацией и всеми прочими документами, используемыми для принятия решения.
- Вы также сможете предоставить информацию, которая будет использована при принятии решения (как лично, так и в письменной форме).
- Мы сообщим вам о принятом решении, приведя обоснование решения, в том числе клиническое обоснование (при наличии). В том случае, если вы будете по-прежнему неудовлетворены принятым решением, вам будут предоставлены инструкции в отношении подачи дальнейших апелляций. Вы или ваше доверенное лицо также сможете подать жалобу в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health), позвонив по номеру **1-800-206-8125**.

### **Сроки рассмотрения апелляций на отрицательные решения:**

- Рассмотрение апелляции в обычном порядке: Если нам будет предоставлена вся необходимая информация, мы сообщим вам о нашем решении в течение тридцати рабочих дней с момента подачи вами апелляции. Письменное уведомление о решении будет направлено вам в течение 2 рабочих дней с момента его принятия.
- Рассмотрение апелляции в срочном порядке: Если нам будет предоставлена вся необходимая информация, при рассмотрении апелляции в срочном порядке решение будет принято в течение 2 рабочих дней с момента подачи вами апелляции. В течение 3

рабочих дней с момента подачи вами апелляции мы сообщим вам о том, требуется ли нам какая-либо дополнительная информация. Мы сообщим Вам о нашем решении по телефону, а затем направим соответствующее письменное уведомление.

**Если нам понадобится дополнительная информация для принятия решения при рассмотрении вашей апелляции в обычном или срочном порядке, мы:**

- сообщим вам письменно о том, какая информация нам необходима; Если ваше обращение рассматривается в срочном порядке, мы незамедлительно свяжемся с вами по телефону, а затем направим соответствующее письменное уведомление по почте.
- объясним вам, почему небольшая задержка отвечает вашим интересам;
- примем решение не позднее чем через 14 дней с момента запроса о предоставлении дополнительной информации.

Вы, ваш поставщик услуг или доверенное лицо также сможете обратиться к нам с просьбой о продлении срока принятия решения. Обращение о продлении срока принятия решения может быть подано в связи с наличием у вас дополнительной информации, которая может оказаться полезной для сотрудников Плана при принятии решения по вашему случаю. Обращение подаётся по телефону (номер телефона — **1-800-303-9626** ) или в письменной форме.

В случае несогласия с нашим решением о продлении срока рассмотрения вашей апелляции на отрицательное решение вы или ваше доверенное лицо сможете подать в План жалобу. Вы или ваше доверенное лицо сможете также подать жалобу в отношении срока рассмотрения апелляции в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк, позвонив по номеру **1-800-206-8125**.

В том случае, если решение по апелляции нами не будет принято, первоначальное отрицательное решение будет автоматически отменено, что будет означать удовлетворение вашего обращения об утверждении предоставления услуг.

**Продолжение получения услуг в период рассмотрения апелляции на принятое решение:**

В некоторых случаях вы сможете продолжать получать услуги, ожидая принятия решения по поданной вами апелляции. Вы, возможно, сможете продолжать

получать услуги, в отношении которых было принято решение о прекращении предоставления или о сокращении объёма, в случае подачи вами апелляции:

- в течение десяти дней с момента уведомления об отказе в удовлетворении вашего обращения или о принятии решения об изменении объёма предоставляемых услуг; либо
- до дня вступления в силу данных изменений.

Если в результате рассмотрения апелляции вы получите ещё один отказ, вам, возможно, будет необходимо оплатить стоимость услуг, подлежащих страховому покрытию, оказанных вам в период рассмотрения апелляции.

### **Внешние апелляции**

Если специалистами Плана будет принято решение об отказе в страховом покрытии медицинской услуги, за получением которой обращались вы и ваш врач, на том основании, что услуга не является необходимой с медицинской точки зрения или является экспериментальной (experimental) или исследуемой (investigational), вы сможете обратиться к органам государственной власти штата Нью-Йорк с просьбой о рассмотрении **внешней апелляции (external appeal)**. Такой вид апелляции называется внешней апелляцией, так как такие апелляции рассматриваются независимыми экспертами, не сотрудничающими ни с Планом, ни с органами государственной власти штата. Такие эксперты обладают соответствующей квалификацией и утверждены органами государственной власти штата Нью-Йорк. Услуга должна входить в пакет услуг, в отношении которых Планом предоставляется страховое покрытие, или предполагать применение экспериментального метода лечения. Вы не оплачиваете расходы по внешней апелляции.

До обращения в органы государственной власти штата:

1. Необходимо подать апелляцию на отрицательное решение в План и получить окончательное решение Плана об отказе в страховом покрытии (final adverse determination); **либо**
2. Если ваша апелляция на отрицательное решение рассматривалась в срочном порядке и вы не удовлетворены решением Плана, вы можете подать апелляцию в План для рассмотрения в обычном порядке или сразу подать внешнюю апелляцию; **либо**
3. По соглашению с Планом вы можете пропустить этап подачи внутренних апелляций и перейти непосредственно к подаче внешней апелляции.



Обратиться с просьбой о рассмотрении внешней апелляции необходимо в течение 45 дней с момента получения окончательного решения Плана об отказе в страховом покрытии. Если по соглашению с Планом вы пропускаете этап подачи внутренних апелляций, вам необходимо обратиться с просьбой о рассмотрении внешней апелляции в течение 45 дней с момента достижения такого соглашения.

При желании вы, возможно, сможете подать в План дополнительные апелляции. Однако если вы желаете обратиться с просьбой о рассмотрении внешней апелляции, вы должны подать заявление в Департамент страхования (Department of Insurance) штата Нью-Йорк в течение 45 дней с того момента, как План уведомит вас об окончательном решении об отказе в страховом покрытии, или с момента достижения соглашения с Планом о пропуске этапа подачи внутренних апелляций.

**В том случае, если вы не подадите заявление о рассмотрении внешней апелляции в установленный срок, вы утратите право на внешнюю апелляцию.**

Для обращения с просьбой о рассмотрении внешней апелляции необходимо заполнить соответствующий бланк заявления и направить его в Департамент страхования штата Нью-Йорк. Для того чтобы получить помощь по вопросам подачи апелляции, вы можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номеру **1-800-303-9626**. Вам и вашим врачам будет необходимо предоставить информацию об имеющихся у вас проблемах со здоровьем.

Для получения бланка заявления можно:

- позвонить в Департамент страхования штата Нью-Йорк по номеру **1-800-400-8882**;
- посетить сайт Департамента страхования штата Нью-Йорк, расположенный по адресу [www.ins.state.ny.us](http://www.ins.state.ny.us);
- позвонить в План по номеру **1-800-303-9626**.

Решение по вашей внешней апелляции будет принято в течение 30 рабочих дней. Если эксперт, рассматривающий вашу апелляцию, попросит предоставить дополнительную информацию, на принятие решения по апелляции может потребоваться дополнительное время (до пяти рабочих дней). Вам и Плану сообщат об окончательном решении в течение двух дней с момента его принятия.

Решение будет вынесено быстрее, если ваш врач заявит о том, что задержка в рассмотрении апелляции причинит серьёзный вред вашему здоровью. Такой порядок рассмотрения внешней апелляции называется **рассмотрением внешней апелляции в срочном порядке (expedited external appeal)**.

Эксперт, рассматривающий внешнюю апелляцию в срочном порядке, примет решение в течение трёх дней. Эксперт незамедлительно сообщит Вам и Плану о своём решении по телефону или факсом. Затем вам будет направлено письмо с изложением данного решения.

## **Порядок подачи и рассмотрения жалоб**

### **Жалобы:**

Мы надеемся, что вы будете удовлетворены участием в нашем плане медицинского страхования. В случае возникновения каких-либо проблем обсудите их со своим поставщиком услуг ПМП либо позвоните или напишите в Отдел обслуживания участников. Как правило, большинство проблем можно решить безотлагательно. В случае возникновения у вас проблем или спорных вопросов по поводу оказываемой вам медицинской помощи или услуги вы можете подать жалобу в План. Проблемы, которые невозможно решить безотлагательно по телефону, а также все жалобы, поступающие по почте, рассматриваются в нижеизложенном порядке.

Вы можете подать жалобу через доверенное лицо (законного представителя, члена семьи или друга). Если вам понадобится помощь по вопросам подачи жалобы или в связи с имеющимися у вас нарушениями слуха или зрения либо если вам потребуются услуги переводчика, мы сможем вам помочь. Мы не будем применять в отношении вас репрессивные или иные меры в связи с подачей жалобы.

Вы также имеете право обратиться по поводу вашей жалобы в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк. Обращения принимаются по телефону (номер телефона — **1-800-206-8125**) и в письменной форме (адрес — NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Coming Tower ESP, Albany, NY 12237). Также по поводу жалобы можно в любое время обратиться в местный отдел социального обеспечения (Department of Social Services). Если ваша жалоба имеет отношение к счетам за оказанные услуги, вы можете обратиться по этому вопросу в Департамент страхования штата Нью-Йорк (номер телефона — **1-800-342-3736**).

### **Порядок подачи жалобы в План:**

Для того чтобы подать жалобу по телефону, звоните в Отдел обслуживания участников по номеру **1-800-303-9626**. Звонки принимаются с понедельника по субботу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время необходимо оставить сообщение. Мы свяжемся с вами на следующий рабочий день. Если для принятия решения нам понадобится дополнительная информация, мы сообщим вам об этом.

Жалобу можно также подать в письменной форме. Заполненный бланк жалобы необходимо отправить по следующему адресу:

**MetroPlus Health Plan**  
**50 Water Street, 7th Floor**  
**New York, NY 10004**

**Attention: Member Services**

### **Дальнейшие действия:**

Если проблему невозможно решить безотлагательно по телефону или при получении вашей письменной жалобы, в течение 15 рабочих дней мы направим вам письмо. В письме мы сообщим вам следующее:

- кто рассматривает жалобу;
- как связаться с этим лицом;
- есть ли необходимость в предоставлении дополнительной информации.

Ваша жалоба будет рассмотрена одним или несколькими квалифицированными специалистами. Жалобы, относящиеся к вопросам лечения, рассматриваются одним или несколькими квалифицированными медицинскими работниками.

### **После рассмотрения вашей жалобы:**

- Мы сообщим вам о своём решении в течение 45 дней с момента получения всей информации, необходимой для принятия решения; при этом мы в любом случае свяжемся с вами в течение 60 дней с момента получения жалобы. Мы письменно сообщим вам, на каком основании принято решение.

- Если задержка в принятии решения по жалобе ставит под угрозу состояние вашего здоровья, мы сообщим вам о своём решении в течение 48 часов с момента получения всей информации, необходимой для принятия решения; при этом мы в любом случае свяжемся с вами в течение 7 дней с момента получения жалобы. Мы позвоним вам или свяжемся с вами иным способом, для того чтобы сообщить о своём решении. В течение 3 рабочих дней вы получите письмо по итогам нашего взаимодействия.
- Вам будет предоставлена информация о порядке подачи апелляции на принятое нами решение в том случае, если вы им не удовлетворены. Будут приложены все бланки, необходимые для подачи апелляции.
- Если мы не сможем принять решение по вашей жалобе в связи с нехваткой информации, мы сообщим вам об этом, направив письменное уведомление.

### **Апелляции на решения по жалобам:**

Если вы не согласны с принятым нами решением относительно вашей жалобы, вы или ваше доверенное лицо можете подать в План **апелляцию на решение по жалобе (complaint appeal)**.

### **Порядок подачи апелляции на решение по жалобе:**

- Если вы будете недовольны нашим решением, вы сможете подать апелляцию в течение 90 рабочих дней с момента получения нашего ответа.
- Подать апелляцию можно как самостоятельно, так и через доверенное лицо.
- Подавать апелляцию необходимо в письменной форме. Апелляция, подаваемая по телефону, должна быть продублирована письменно.

### **Порядок рассмотрения апелляции на решение по жалобе:**

После получения вашей апелляции на решение по жалобе мы направим вам письмо в течение 15 рабочих дней. В письме мы сообщим вам следующее:

- кто рассматривает апелляцию;

- как связаться с этим лицом;
- есть ли необходимость в предоставлении дополнительной информации.

Ваша апелляция на решение по жалобе будет рассмотрена одним или несколькими квалифицированными специалистами более высокого уровня, чем те, кто принимал решение по жалобе. Апелляции, относящиеся к вопросам лечения, рассматриваются одним или несколькими квалифицированными медицинскими работниками, не принимавшими участия в принятии решения по жалобе; при этом как минимум один из них является независимым экспертом-клиницистом.

Если нам будет предоставлена вся необходимая информация, мы сообщим вам о нашем решении в течение 30 рабочих дней. Если задержка в принятии решения по апелляции ставит под угрозу состояние вашего здоровья, вы получите уведомление о нашем решении в течение 2 рабочих дней с момента получения всей информации, необходимой для принятия решения. Мы сообщим вам о принятом решении, приведя обоснование решения, в том числе клиническое обоснование (при наличии). В том случае, если вы будете по-прежнему неудовлетворены принятым решением, вы (самостоятельно или через представителя) сможете в любое время подать жалобу в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк, позвонив по номеру **1-800-206-8125**.

## РАЗДЕЛ ТРИНАДЦАТЫЙ - ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1. Запрет передачи прав по Договору.** Передача прав запрещена. Любая передача прав или попытка передачи прав недействительна. Под передачей прав (assignment) подразумевается передача физическому или юридическому лицу имеющихся у вас прав на получение услуг, подлежащих страховому покрытию в соответствии с настоящим Договором.
- 2. Судебные иски.** Иск к нам, связанный с неоплатой услуг по настоящему Договору, необходимо подать в течение двенадцати (12) месяцев с того дня, когда нами отказано в оплате услуг. Если подаваемый иск касается травмы, неправомерного причинения смерти или причинения ущерба недвижимому или движимому имуществу, в течение 90 (девяноста) дней необходимо представить заполненный бланк уведомления об иске (Notice of Claim) в соответствии с требованиями статьи (section) 50-i Основ муниципального законодательства (General Municipal Law).
- 3. Внесение изменений и дополнений в Договор.** Мы вправе вносить изменения и дополнения в настоящий Договор при условии, что вносимые изменения и дополнения утверждаются суперинтендантом страхования (Superintendent of Insurance) штата Нью-Йорк. О вносимых изменениях и дополнениях мы уведомим вас в письменной форме не позднее чем за 30 дней.
- 4. Медицинская документация.** Мы даём согласие на соблюдение конфиденциальности вашей медицинской документации. С целью исполнения своих обязанностей, предусмотренных Договором, нам может потребоваться получение вашей медицинской документации от больниц, врачей и других поставщиков услуг, у которых вы получаете лечение. В момент начала действия в отношении вас страхового покрытия, предусмотренного настоящим Договором, вы даёте нам разрешение на получение и использование такой документации.
- 5. Получатели выплат по настоящему Договору.** Выплаты в отношении услуг, оказываемых вам поставщиками услуг, работающими в системе плана, направляются нами непосредственно поставщикам услуг. Мы оставляем за собой право при получении вами услуг, подлежащих страховому покрытию, у иных поставщиков услуг, направлять выплаты либо вами, либо поставщикам услуг.

6. **Уведомление.** Все уведомления, предусмотренные настоящим Договором, направляются посредством почтового отправления с предварительно уплаченным почтовым сбором по следующему адресу:

Уведомление нам: MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

Уведомлени е вам: последний адрес, указанный вами при регистрации на получение услуг по плану или на официальном бланке смены адреса.

## ЧАСТЬ II

### ИНФОРМАЦИЯ О METROPLUSHEALTH И СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ

#### **A-О КОМПАНИИ METROPLUS HEALTH PLAN**

Компания **MetroPlus Health Plan** — это организация поддержки здоровья (health maintenance organization), предоставляющая страховое покрытие в отношении полного спектра медицинских услуг, в том числе в отношении профилактической медицинской помощи и лечения заболеваний и травм. План находится в собственности и ведении корпорации New York City Health and Hospitals (ННС). Среди поставщиков услуг, работающих в системе плана, — большое число больниц и медицинских центров корпорации ННС, а также многие другие поставщики медицинских услуг, обслуживающие ваш район.

Офис компании MetroPlus Health Plan расположен по следующему адресу:

MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

#### **В - ПЕРВЫЕ ДЕЙСТВИЯ В КАЧЕСТВЕ УЧАСТНИКА ПЛАНА METROPLUSHEALTH**

##### **Приветственное письмо, идентификационная карта и рецептурная карта.**

После обработки вашего заявления о регистрации на получение услуг по плану мы отправим вам приветственное письмо, в котором будет указана дата начала действия страхового покрытия. Вскоре после того как вы официально станете участником плана, вы получите идентификационную карту участника программы Child Health Plus компании MetroPlus. На идентификационной карте будут указаны ваши имя, фамилия, адрес, идентификационный номер, имя, фамилия и номер телефона вашего поставщика услуг первичной медицинской помощи (primary care provider), а также дата начала действия страхового покрытия (effective date). При обнаружении неточностей в вышеперечисленных данных, а также если вы не получите карту по почте, звоните в Отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру **1-800-303-9626** (звонок бесплатный). При получении услуг до получения идентификационной карты необходимо предъявить поставщику услуг приветственное письмо. Для подтверждения наличия у вас страхового



покрытия поставщику услуг будет необходимо связаться с сотрудниками Отдела обслуживания участников по телефону.

**Ознакомительный семинар для новых участников.** Став участником плана MetroPlus Health Plan, вы получите письмо, содержащее приглашение на ознакомительный семинар для новых участников. Ознакомительный семинар состоится в медицинском учреждении, находящемся в вашем районе. В ходе семинара сотрудник Отдела обслуживания участников компании MetroPlusHealth расскажет вам об услугах, подлежащих страховому покрытию в рамках программы Child Health Plus, в том числе о порядке их получения. Надеемся увидеть вас в числе участников семинара.

**Первичное физикальное обследование.** Первичное физикальное обследование (**baseline physical examination**) представляет из себя полный медицинский осмотр. Рекомендуем пройти такое обследование. Стоимость обследования нами оплачивается. Ваш поставщик услуг первичной медицинской помощи (ПМП) проведёт сбор полной медицинской информации, исходя из которой он сможет предложить график последующих приёмов и профилактических прививок. Первичное физикальное обследование — это также хороший способ познакомиться со своим поставщиком услуг ПМП. **Важное замечание:** при возникновении проблем со здоровьем до дня, на который назначено физикальное обследование, необходимо связаться с поставщиком услуг ПМП по телефону и перенести приём на более раннюю дату.

В ходе первого посещения поставщика услуг ПМП вам, возможно, предложат подписать форму согласия на получение поставщиком услуг ПМП медицинской документации от других поставщиков медицинских услуг. Это обычная практика. Наличие полной информации позволяет поставщикам услуг обеспечивать высокое качество оказываемой медицинской помощи.

**Запись на приём.** Для того чтобы записаться на приём или перенести приём на другое время, необходимо позвонить в своё медицинское учреждение. Если вам потребуется отменить приём или перенести его на другое время, звоните как можно скорее. По возможности следует звонить по крайней мере за 24 часа до времени, на которое назначен приём. Таким образом время не тратится понапрасну: вместо вас врач сможет принять другого пациента. Будьте готовы к тому, что во время телефонной беседы вас попросят сообщить ваши имя, фамилию, идентификационный номер участника программы Child Health Plus компании MetroPlusHealth, а также номер медицинской карты (Medical Record

Number).

## **C - ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТНИКА**

Мы привержены трём принципам оказания медицинской помощи: своевременность, учтивость, качество. Вы можете помочь нам обеспечить реализацию этих принципов, соблюдая следующие правила:

1. Следует всегда иметь при себе идентификационную карту участника программы Child Health Plus компании MetroPlusHealth и карту льгот на аптечные товары.
2. Следует являться на приёмы в назначенное время. Если требуется отменить приём, это необходимо осуществить как можно раньше (по возможности — не позднее чем за 24 часа до времени, на которое назначен приём).
3. Следует сообщать своему поставщику услуг ПМП обо всех изменениях, имеющих отношение к состоянию здоровья (например, о наступлении беременности).
4. Следует получать предварительное утверждение (prior authorization) и письменное направление (referral) в случаях, когда это требуется.
5. Следует ежегодно проходить повторную сертификацию для обеспечения непрерывного участия в программе.
6. Следует сообщать в Отдел обслуживания участников о смене адреса и номера телефона.

## **D - СКОРАЯ И СРОЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

**При неотложных состояниях (emergency) звоните по номеру 911 и следуйте полученным инструкциям или незамедлительно отправляйтесь в ближайшее отделение скорой медицинской помощи (Emergency Room).** Ниже приведены примеры неотложных состояний:

- перелом костей;
- затруднённое дыхание;
- эпилептический приступ;
- сильное кровотечение;
- угроза утраты верхней или нижней конечности;
- передозировка лекарственных препаратов;
- потеря сознания;
- паралич;
- утрата речи;
- сильные боли в груди;
- сердечный приступ;
- инсульт.

При беременности признаками неотложного состояния являются, помимо прочего, вагинальное кровотечение, сильные боли или спазмы в животе, отхождение или «подтекание» околоплодных вод.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** При обращении в отделение скорой медицинской помощи (вне зависимости от того, относится ли данное отделение к больнице, работающей в системе плана) вы или кто-либо другой должны сообщить об этом в Службу поддержки клиентов (Customer Services Department) к следующему рабочему дню, позвонив по номеру **1-800-303-9626**. С целью обеспечения надлежащего последующего наблюдения мы сообщим о вашем обращении в отделение скорой медицинской помощи вашему поставщику услуг ПМП.

**Не вполне неотложное состояние, но требуется срочная помощь (urgent)!**

В некоторых случаях состояние пациента может вызывать тревогу, но обращение в отделение скорой медицинской помощи не требуется. Примеры состояний, при которых, как правило, необходимо оказания срочной (но не скорой) медицинской помощи:

- сильный грипп;
- повышенная температура;
- сильная ушная боль.

Если ваше состояние требует оказания срочной медицинской помощи или неизвестно, насколько серьёзно ваше состояние, звоните в кабинет своего поставщика услуг ПМП в рабочее время (с 8:30 до 17:30). Либо вам назначат срочный приём у поставщика услуг ПМП, либо медицинский работник сообщит вам, какая медицинская помощь необходима в вашем случае.

**Что необходимо предпринять в случае, если кабинет поставщика услуг ПМП закрыт?** Позвоните на круглосуточную горячую линию медицинской помощи, по номеру **1-800-442-2560**. Сообщите оператору ваши имя, фамилию,

идентификационный номер участника программы Child Health Plus, имя, фамилию вашего поставщика услуг ПМП и адрес его кабинета. Опишите своё состояние. Мы:

- соединим вас напрямую с каким-либо поставщиком услуг; либо
- направим вас в ближайшее отделение скорой медицинской помощи.

## **Е - ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОСОБЫХ СИТУАЦИЯХ**

**Посещение специалистов.** Для посещения специалиста требуется направление (referral) от поставщика услуг ПМП. Приняв решение о том, посещение какого специалиста необходимо, поставщик услуг ПМП заполняет бланк направления. Заполненный бланк отправляется специалисту по факсу или почте. Вы также можете взять копию направления с собой на приём. Ваш поставщик услуг ПМП может оказать вам помощь в записи на приём. В разделе 8 Договора подписчика (часть I настоящей брошюры) содержится информация о том, в каких случаях в качестве вашего поставщика услуг ПМП может выступать специалист, и о постоянных направлениях (standing referral) к специалистам и в центры специализированной медицинской помощи.

В том случае, если в сети поставщиков услуг компании MetroPlusHealth отсутствует специалист, который мог бы предоставить необходимые вам услуги, вас обслужит специалист, не входящий в нашу сеть. Однако ваш врач должен предварительно обратиться в MetroPlusHealth за получением направления. Если необходимо обратиться к специалисту незамедлительно (при неотложном состоянии), получать такое направление не требуется.

Для получения направления ваш врач должен предоставить нам определённую информацию. Получив всю необходимую информацию, в течение 3 рабочих дней мы примем решение о том, можете ли вы обратиться к специалисту, не входящему в нашу сеть. При этом мы гарантируем, что решение будет принято в течение 14 дней с момента получения вашего обращения. В случае, если, по мнению вашего врача, задержка в рассмотрении обращения может причинить серьёзный вред вашему здоровью, вы или ваш врач можете потребовать проведения рассмотрения обращения в срочном порядке. В таком случае мы примем решение и свяжемся с вами в течение 3 рабочих дней.

В случае, если вы будете несогласны с решением, принятым компанией MetroPlusHealth, вы сможете подать апелляцию (информация о порядке подачи апелляции приведена на странице [X] настоящего справочника). Вы также можете позвонить в Службу поддержки клиентов компании MetroPlusHealth по номеру **1-800-303-9626**.

Если ваш поставщик услуг ПМП или MetroPlusHealth направляет вас к поставщику медицинских услуг, не входящему в нашу сеть, вы не несете ответственности за какие-либо расходы, за исключением доплат, в соответствии с информацией, приведённой в настоящем справочнике.

**Самостоятельное обращение к поставщикам акушерско-гинекологических услуг.** Для записи на приём к поставщику акушерско-гинекологических услуг (Ob/Gyn), работающего в системе компании MetroPlusHealth, направление от своего поставщика услуг ПМП не требуется! Это правило относится к акушерам, гинекологам, фельдшерам (nurse practitioner) и лицензированным медсёстрам-акушеркам (licensed midwife).

**Обследования на ВИЧ и соответствующие консультации.** Все обследования на ВИЧ и соответствующие консультации проводятся с соблюдением конфиденциальности. Для прохождения обследования необходимо обратиться к поставщику услуг, работающему в системе компании MetroPlusHealth. Вы также можете пройти обследование по программе анонимного обследования города Нью-Йорка или штата Нью-Йорк (результат обследования будет известен лишь вам). В любом случае направление не требуется.

Если **вы беременны**, вы и ваш ребёнок, возможно, имеете право на получение услуг по программе Medicaid. Мы сообщим вам, каким образом это можно выяснить. Звоните в Отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру **1-800-303-9626**.

**Услуги, связанные с мастэктомией.** При прохождении мастэктомии возможно получение следующих услуг, связанных с мастэктомией: хирургическая реконструкция; хирургическое вмешательство с целью обеспечения симметрии груди; протезы; лечение осложнений, вызванных мастэктомией (в том числе лимфедемы). Для получения дополнительной информации звоните в Отдел обслуживания участников по номеру **1-800-303-9626**.

## **F - ПРОВЕРКА ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ УТВЕРЖДЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

Проверка целесообразности утверждения предоставления услуг (utilization review) проводится для того, чтобы определить, является ли оказание медицинской помощи необходимым с медицинской точки зрения (medically necessary) и будет ли оно утверждено или оплачено компанией MetroPlusHealth. Сотрудники Отдела проверки целесообразности утверждения (Utilization Review (UR) Department) работают с понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00.

Можно позвонить в Отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру **1-800-303-9626** или направить обращение о проверке целесообразности утверждения по факсу (номер факса — **212-908-8521**). Сотрудник Отдела обслуживания участников ответит на все ваши вопросы, касающиеся порядка получения утверждения, и при необходимости перенаправит ваш звонок в Отдел проверки целесообразности утверждения.

Для того чтобы незамедлительно получить помощь относительно какой-либо проблемы со здоровьем, вы можете воспользоваться нашей круглосуточной горячей линией медицинской помощи (24-Hour Health Care Hotline), позвонив по номеру **1-800-442-2560**. Сотрудники Отдела проверки целесообразности утверждения ответят на ваше сообщение в течение следующего рабочего дня.

**Предварительное утверждение.** В отношении определённого вида услуг требуется получение предварительного утверждения (prior authorization) от вашего поставщика услуг ПМП или компании MetroPlusHealth. Перечень таких услуг приведён ниже.

Поставщик услуг ПМП имеет право утверждать направление на получение следующих видов медицинской помощи:

- специализированная медицинская помощь (specialty care);
- медицинское оборудование длительного пользования (durable medical equipment);
- лучевые исследования (radiology) (МРТ, компьютерная томография и т. п.);
- услуги лаборатории;
- медицинская помощь на дому (home care).
- проверка слуха / аудиология.

Поставщик услуг ПМП обязан получить предварительное утверждение от компании MetroPlusHealth в отношении следующего:

- постоянное направление к специалисту (standing referral);
- факультативное (elective) поступление в больницу;
- факультативная амбулаторная процедура;
- направление к поставщику услуг, не входящему в сеть MetroPlusHealth.

При обращении за предварительным утверждением услуги о принятом решении, касающемся целесообразности утверждения предоставления услуги, будет сообщено вам (или уполномоченному представителю) и вашему поставщику медицинских услуг в течение трёх рабочих дней с момента получения компанией MetroPlusHealth информации, необходимой для принятия решения.

**Проверка целесообразности утверждения текущих услуг (concurrent UR).** При обращении за продлением или увеличением объёма утверждённого лечения, получаемого вами в настоящий момент, о принятом решении будет сообщено вашему поставщику медицинских услуг по телефону и в письменной форме в течение одного рабочего дня с момента получения нами информации, необходимой для принятия решения.

**После оказания услуги.** При проведении проверки целесообразности утверждения в отношении уже полученной услуги о принятом решении будет сообщено поставщику услуг в письменной форме в течение тридцати дней с момента получения всей необходимой информации.

**Если предварительное решение (initial determination), касающееся целесообразности утверждения предоставления услуги, компанией MetroPlusHealth не выносится в установленный срок,** считается, что принято решение об отказе в страховом покрытии, подлежащее апелляции.

**Уведомление об отказе в страховом покрытии (adverse determination).** В том случае, если компанией MetroPlusHealth принимается решение о том, что услуги, в отношении которых поступило обращение об утверждении или оплате, не являются необходимыми с медицинской точки зрения, мы сообщим, на каком основании принято решение, и разъясним, каким образом вы или ваш поставщик услуг можете подать апелляцию в случае, если вы не удовлетворены решением.

**Повторное рассмотрение обращения и апелляция.** В том случае, если без консультации с вашим поставщиком медицинских услуг нами принимается решение об отказе в утверждении рекомендуемых им услуг, поставщик услуг может потребовать повторного рассмотрения обращения. Повторное рассмотрение (reconsideration) будет проведено в течение одного рабочего дня с момента поступления такого требования. На решение об отказе в страховом покрытии можно подать апелляцию. Информация об апелляциях на решения, касающиеся утверждения предоставления услуг, рассматриваемых компанией MetroPlusHealth, а также о внешних апелляциях, рассматриваемых органами государственной власти штата Нью-Йорк, приведена в разделе 12 части I настоящей брошюры («Договор подписчика»).

Компания MetroPlusHealth вправе впоследствии отменить принятое решение об утверждении предоставления лечения, услуги или процедуры, если будут выполняться все нижеприведённые условия: (1) вновь полученная нами медицинская информация, имеющая отношение к случаю, существенно отличается от информации, предоставленной во время принятия решения; (2) вновь полученная медицинская информация, имеющая отношение к случаю, была в наличии на момент принятия решения, но не была предоставлена нам; (3) нам не было известно о наличии такой информации на момент принятия решения; (4) если бы нам было известно о наличии такой информации, решение об утверждении предоставления лечения, услуги или процедуры не было бы принято. При отмене принятого решения применяются те же стандарты, критерии и процедуры, что и при принятии решения.

## **G - ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ УЧАСТНИКОВ**

Сотрудники Отдела обслуживания участников (Member Services) компании MetroPlusHealth всегда готовы оказать вам помощь. При возникновении какой-либо проблемы, повода для жалобы или потребности в получении информации необходимо предпринять следующее:

1. Позвонить в Отдел обслуживания участников по номеру **1-800-303-9626** (звонки принимаются с понедельника по субботу с 8:00 до 20:00, звонок бесплатный). Сотрудник отдела окажет вам содействие в решении проблемы и предоставит требующуюся вам информацию.
2. При необходимости вы также можете позвонить в Отдел обслуживания участников в нерабочее время. Автоответчик сообщит вам о том, какую информацию необходимо предоставить. На следующий рабочий день сотрудник отдела свяжется с вами.



3. В том случае, если обращением в Отдел обслуживания участников проблема не была решена, вы можете подать официальную жалобу в Департамент здравоохранения (Department of Health) штата Нью-Йорк (информация о порядке подачи жалобы приведена в разделе 12 ).

Несмотря на то что сотрудники Отдела обслуживания участников всегда готовы оказать вам помощь в решении ваших проблем, при необходимости получения медицинской помощи прежде всего следует обращаться к своему поставщику услуг ПМП.

### **Н - ПОМОЩЬ УЧАСТНИКАМ, НЕ ВЛАДЕЮЩИМ АНГЛИЙСКИМ ЯЗЫКОМ, И УЧАСТНИКАМ, У КОТОРЫХ ПРИСУТСТВУЮТ НАРУШЕНИЯ СЛУХА ИЛИ ЗРЕНИЯ**

Помимо варианта на английском языке, подготовлен вариант настоящей брошюры на испанском. Также имеется в наличии вариант на аудиокассете и вариант, составленный с применением шрифта Брайля.

В нашем справочнике поставщиков услуг (provider directory) для каждого поставщика услуг указаны дополнительные языки, которыми он владеет (если таковые имеются). В местах предоставления медицинских услуг нередко предлагаются также услуги устного переводчика. Сотрудники Отдела обслуживания участников владеют различными языками: испанским, гаитянским креольским, русским и китайским языками. При необходимости мы можем организовать получение услуг устного переводчика через банк языков АТТ ( АТТ Language Bank).

Участники с нарушениями слуха, имеющие доступ к текстофону, могут обращаться с вопросами по номеру **1-800-881- 2812** .

### **I - ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ МОШЕННИЧЕСТВА**

Вы можете оказать содействие в предотвращении мошенничества в сфере здравоохранения. Обращайтесь с идентификационной картой участника MetroPlus Health Plan как с кредитной картой. Не сообщайте свой идентификационный номер посторонним. Ваша идентификационная карта может быть использована для совершения акта мошенничества. В случае утери или хищения идентификационной карты немедленно звоните в Отдел обслуживания участников (Member Services) компании MetroPlusHealth. В случае получения счёта за услуги, оплата которых должна быть осуществлена компанией MetroPlusHealth, также звоните в Отдел обслуживания участников.

## **J - ОТДЕЛ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

При возникновении вопросов, касающихся лицензии вашего поставщика услуг, вы можете обратиться в Отдел профессиональной этики в сфере здравоохранения (Office of Professional Medical Conduct) штата Нью-Йорк. Звоните по номеру **1-800-663-6114** (звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00, звонок бесплатный).

## **K - ПРИЁМ ПРЕДЛОЖЕНИЙ УЧАСТНИКОВ ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРАВИЛ И ПРОЦЕДУР ПЛАНА**

Мы будем рады получить ваши предложения, касающиеся того, как усовершенствовать работу компании MetroPlus Health Plan. Предложения принимаются по телефону (номер телефона — **1-800-303-9626**), а также по почте по следующему адресу:

MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004  
Attention: Member Services Department

## **L - ВЫПЛАТЫ ПОСТАВЩИКАМ УСЛУГ**

Предусмотрены два варианта оплаты компанией MetroPlusHealth оказываемых услуг. В случае первичной медицинской помощи поставщик услуг ежемесячно получает фиксированную сумму за каждого участника MetroPlusHealth. Размер выплачиваемой суммы не зависит от числа посещений поставщика услуг ПМП и объёма полученных услуг. В случае всех прочих видов услуг мы получаем счёт от поставщиков услуг за фактически оказанные услуги, составленный в соответствии с тарифами, указанными в наших договорах. Нами не применяются удержания, участие в прибыли и прочие методы оплаты услуг, способные поощрить врачей к сокращению объёма оказываемых услуг.

## **M - ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ ВАМ ПО ЗАПРОСУ**

При необходимости вы можете получить нижеуказанную информацию. Для обращения за получением такой информации звоните в Отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру **1-800-303-9626**.

- Имена, фамилии и адреса членов руководства компании

MetroPlusHealth.

- Экземпляр последнего годового финансового отчёта.
- Информация, связанная с подачей потребительской жалобы в Департамент страхования (Department of Insurance).
- Процедуры компании MetroPlusHealth, посвящённые соблюдению конфиденциальности.
- Перечень оплачиваемых нами лекарственных препаратов.
- Информация о принимаемых нами мерах по обеспечению качества медицинской помощи.
- Информация о порядке утверждения нами предоставления экспериментальных (experimental) и исследуемых (investigational) лекарственных препаратов, приспособлений, лечения.
- Информация о принадлежности поставщиков медицинских услуг, работающих в системе MetroPlusHealth, к больницам.
- Письменные стандарты медицинской помощи компании MetroPlusHealth, посвящённые лечению определённых заболеваний (по письменному запросу).
- Минимальные требования, предъявляемые к поставщикам услуг, желающим войти в систему MetroPlusHealth, и порядок подачи заявления.
- Дополнительная информация о предварительном распоряжении (advance directive).

## **N - БИЛЛЬ О ПРАВАХ УЧАСТНИКА ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ METROPLUSHEALTH**

Билль о правах участника плана медицинского страхования MetroPlus Health Plan (MetroPlus Health Plan Member Bill of Rights) предоставляет участникам, получающим медицинскую помощь в медицинском центре, работающем в системе плана, следующие права:

1. Право на предупредительное и уважительное отношение, исключаящее унижение достоинства, вне зависимости от физического и эмоционального состояния.
2. Право на получение полной информации, касающейся диагноза, лечения, его результата на понятном участнику языке.
3. Право на получение следующих сведений о всех лицах, имеющих отношение к оказанию участнику медицинской помощи: имя, фамилия, должность, обязанности, квалификация.

4. Право на получение сведений, необходимых для дачи информированного согласия, до прохождения процедуры или получения лечения (за исключением экстренных случаев, когда получение информированного согласия невозможно).
5. Право на отказ от лечения в той мере, в какой это разрешено правовыми нормами, и на получение информации о проблемах со здоровьем, которые могут возникнуть вследствие недостаточного лечения.
6. Право на получение необходимой скорой медицинской помощи при прибытии в отделение скорой медицинской помощи.
7. Право на конфиденциальность при получении медицинской помощи и лечения, а также на конфиденциальность всей медицинской документации, относящейся к участнику, за исключением случаев, предусмотренных правовыми нормами.
8. Право на получение от врача или его представителя информации, касающейся всех особых потребностей, связанных с медицинской помощью, которые могут присутствовать у участника при выписке или переводе в другое учреждение.
9. Право на отказ от участия в исследовании и (или) от получения экспериментального лечения в рамках оказываемой участнику медицинской помощи или предоставляемого ему лечения в отсутствие согласия участника и без предварительного получения участником полной информации.
10. Право на получение лечения без какой-либо дискриминации по возрастному, расовому признаку, по признаку цвета кожи, по религиозному, половому признаку, по признаку сексуальной ориентации, по признаку национального происхождения.
11. Право на устное выражение неудовлетворения или на подачу жалобы в письменной форме без опасения применения в отношении участника карательных мер.
12. Право на получение гарантий в отношении исполнения указаний, изложенных в предварительном распоряжении участника (advance directive).

## Важные номера телефонов

Для получения помощи **Отдела обслуживания участников (Member Services) компании MetroPlusHealth** звоните по номеру **1-800-303-9626** (текстофон — **1-800- 881-2812**).

При возникновении вопросов, повода для жалобы или потребности в получении помощи иного рода звоните в Отдел обслуживания участников компании MetroPlusHealth (звонки принимаются с понедельника по субботу с 8:00 до 20:00, звонок бесплатный).

### **Получение медицинской помощи в рабочее время (с понедельника по пятницу с 8:30 до 17:30)**

Для того чтобы записаться на приём или перенести приём на другое время и при возникновении вопросов, касающихся состояния вашего здоровья или лечения, звоните своему поставщику медицинских услуг. Запишите номера телефонов своих поставщиков услуг в таблице.

<b>Имя, фамилия</b>	<b>Номер телефона</b>
<b>ПМП (PCP):</b>	
<b>Акушерско-гинекологические услуги (OB/GYN):</b>	
<b>Другое:</b>	
<b>Другое:</b>	

### **В нерабочее время звоните на круглосуточную горячую линию медицинской помощи (24-Hour Health Care Hotline) по следующему номеру: 1- 800-442-2560**

Для получения медицинской помощи в нерабочее время или в выходные дни звоните на круглосуточную горячую линию медицинской помощи (звонок бесплатный). Сотрудники горячей линии свяжут вас с вашим поставщиком услуг ПМП или (в том случае, если с вашим поставщиком услуг ПМП связаться невозможно) с другим поставщиком услуг, работающим в системе MetroPlusHealth и сотрудничающим с вашим поставщиком услуг ПМП, который сможет оказать вам помощь.

## **Услуги скорой медицинской помощи**

При неотложных состояниях *звоните по номеру 911 и следуйте полученным инструкциям или отправляйтесь в ближайшее отделение скорой медицинской помощи.* Определение понятий «неотложное состояние» (Emergency Condition) и «услуги скорой медицинской помощи» (Emergency Services) приведено на странице [X].

## **Проверка целесообразности утверждения предоставления услуг, проводимая компанией MetroPlusHealth**

Для обращения за пересмотром решения о том, что лечение не является необходимым с медицинской точки зрения, звоните в Отдел обслуживания участников по номеру **1-800-303-9626**. Сотрудник Отдела обслуживания участников ответит на все ваши вопросы, касающиеся порядка получения утверждения, и при необходимости перенаправит ваш звонок в Отдел проверки целесообразности утверждения (Utilization Review (UR) Department).

**Горячая линия для жалоб Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health Complaint Hotline):  
1-800-206-8125**



Уважаемый участник плана MetroPlusHealth!

Как и у многих других людей, у вас, возможно, возникают вопросы, касающиеся того, что происходит с вашими персональными данными, которые получает ваша страховая медицинская организация. В прилагаемом уведомлении о порядке соблюдения конфиденциальности (Notice of Privacy Practices) изложены ваши права, связанные с соблюдением конфиденциальности, содержится информация о персональных данных, сбор которых осуществляется компанией MetroPlus Health Plan, о том, как такие данные нами используются, а также о мерах, принимаемых нами для обеспечения конфиденциальности и защиты таких данных.

Хорошо известно, с какой ответственностью мы подходим к вопросу обеспечения конфиденциальности данных наших клиентов. Участники планов MetroPlusHealth доверяют нам свои персональные данные с момента основания компании. Мы ценим это доверие и серьезно относимся к своей обязанности обеспечивать конфиденциальность ваших данных.

Просим вас внимательно изучить прилагаемое уведомление. Ответа на данное письмо не требуется. Однако если у вас возникнут вопросы, мы будем рады ответить на них. Звоните в наш Отдел обслуживания участников (Member Services Department) по номеру **1-800-303-9626** (телетайп — 1-800-881-2812).

С уважением,

сотрудники компании MetroPlus Health Plan



Вступает в силу с 19 июля 2022 г.

MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

Сайт: [www.metroplus.org](http://www.metroplus.org)

Общий телефон: 1-800-303-9626

Телетайп: 711

Эл. почта: [PrivacyOfficer@metroplus.org](mailto:PrivacyOfficer@metroplus.org)

## Ваша информация.

## Ваши права.

## Наши обязанности.

В настоящем уведомлении описывается то, как может быть использована и раскрыта ваша медицинская информация и как вы можете получить доступ к этой информации. **Внимательно изучите настоящее уведомление.**

### Ваши права

У вас имеются определённые права в отношении вашей медицинской информации. В настоящем разделе описываются ваши права и некоторые наши обязанности, связанные с оказанием вам определённой помощи.

#### Получение копии вашей медицинской информации и информации о страховых требованиях

- Вы можете обратиться с просьбой об ознакомлении с вашей медицинской информацией и информацией о страховых требованиях, имеющейся у нас, а также обратиться за получением копии такой информации. Для того чтобы узнать, как это осуществить, обращайтесь к нам.
- Копия или сводка медицинской информации и информации о страховых требованиях обычно предоставляется нами в течение 30 дней с момента подачи запроса. Взимаемая плата — \$0,75 (75 центов) за страницу запрошенных копий.

#### Обращение за внесением изменений в медицинскую информацию и информацию о страховых требованиях

- В том случае, если, по вашему мнению, в вашей медицинской информации или информации о страховых требованиях присутствуют неточности или информация не полна, Вы можете обратиться к нам с просьбой о внесении изменений в такую информацию. Для того чтобы узнать, как это осуществить, обращайтесь к нам.
- Мы можем отклонить ваш запрос, предоставив письменное обоснование в течение 60 дней.

#### Обращение за передачей информации конфиденциальным способом

- Вы можете обратиться к нам с просьбой об осуществлении связи с вами особым способом (например, только по домашнему или только по рабочему телефону) либо о направлении писем по другому адресу.
- Нами рассматриваются все обоснованные запросы. Мы будем обязаны утвердить ваш запрос, если вы укажете, что в противном случае вам будет угрожать опасность.

(продолжение — на следующей странице)



## Ваши права (продолжение)

---

### Обращение с просьбой об ограничении объёма используемой или передаваемой информации

- Вы можете обратиться к нам с просьбой о неиспользовании или непередачи определённой медицинской информации в ходе лечения, совершения платежей или осуществления нашей деятельности.
- Мы имеем право отказать вам в удовлетворении запроса. Мы можем отклонить запрос, если его удовлетворение может негативно отразиться на оказываемой вам медицинской помощи.

---

### Получение перечня лиц и организаций, которым передана информация

- Вы можете обратиться к нам с просьбой о предоставлении перечня случаев (отчёта о случаях) передачи вашей медицинской информации за шестилетний период до даты вашего запроса. В перечне будут также указаны получатель информации и основание, на котором осуществляется передача информации.
- В перечень будут включены все случаи раскрытия информации, за исключением тех, которые касаются лечения, платежей, здравоохранительной деятельности, а также за исключением некоторых иных случаев (например, случаев раскрытия информации по вашей просьбе). Один отчёт в год предоставляется бесплатно. Однако если в течение следующих 12 месяцев вами будет подан повторный запрос, то за него будет взиматься разумная плата, размер которой определяется с учётом затрат на предоставление такого отчёта.
- Для того чтобы попросить о передаче вам информации определённым конфиденциальным способом, звоните в наш Отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру 1-800-303-9626 (телетайп — 711). Заявление о внесении изменений в такое обращение о конфиденциальной передаче информации необходимо отправлять в письменной форме по одному из адресов, указанных ниже.

---

### Получение экземпляра настоящего уведомления о порядке соблюдения конфиденциальности информации

- Вы можете в любое время обратиться за получением экземпляра настоящего уведомления на бумажном носителе, даже если вы ранее дали согласие на получение уведомления в электронной форме. Экземпляр уведомления на бумажном носителе будет предоставлен вам незамедлительно. Для получения экземпляра настоящего уведомления на бумажном носителе, звоните в любое время в наш Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-303-9626 (телетайп — 711).

---

### Выбор лица, уполномоченного действовать от вашего имени

- Если вы выдали кому-либо доверенность на право представления ваших интересов как пациента либо у вас есть законный опекун, то это лицо может осуществлять ваши права и принимать решения, касающиеся вашей медицинской информации.
- Перед совершением каких-либо действий мы проверим полномочия лица и его право действовать от вашего имени.

---

### Подача жалобы, в случае если, по вашему мнению, ваши права нарушены

- Если, по вашему мнению, мы нарушили ваши права, вы можете подать жалобу, воспользовавшись нашей контактной информацией, указанной на стр. 1.
- Вы также можете подать жалобу в Отдел по защите гражданских прав (Office for Civil Rights) Департамента здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services). Жалобу можно подать письменно (адрес — 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201), по телефону (номер — 1-877-696-6775) или через интернет (адрес сайта — [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)). За подачу жалобы какие-либо ответные меры в отношении вас нами приниматься не будут.

(продолжение — на следующей странице)

## Ваши права (продолжение)

### Вниманию бывших участников

- По окончании вашего участия в MetroPlusHealth ваша Информация будет по-прежнему защищена, т. е. на такую информацию продолжат распространяться требования, предусмотренные нашими политиками и процедурами для действующих участников.

## Варианты выбора для вас

В некоторых случаях вы можете выбрать то, каким образом мы передаём вашу медицинскую информацию. Если у вас имеются предпочтения относительно того, как в описанных ниже ситуациях нами передаётся ваша медицинская информация, свяжитесь с нами. Сообщите нам, какие действия нам следует совершать, и мы будем следовать вашим инструкциям.

### У вас есть право и возможность обратиться к нам с просьбой о следующем:

- О передаче информации членам вашей семьи, близким друзьям или другим лицам, оплачивающим оказываемую вам медицинскую помощь.
- О передаче информации при ликвидации последствий стихийных бедствий.

*Если вы не способны сообщить нам о своих предпочтениях (например, если вы находитесь без сознания), мы можем осуществить передачу информации в том случае, если, по нашему мнению, такая передача информации — в ваших интересах. Мы также можем осуществлять передачу информации, если это необходимо для предотвращения надвигающейся серьёзной угрозы здоровью и безопасности.*

### Передача вашей информации нами не осуществляется без вашего письменного разрешения в следующих случаях:

- В маркетинговых целях
- С целью продажи вашей информации

## Использование и раскрытие информации

Каким образом мы обычно используем или передаём вашу медицинскую информацию? Как правило, мы используем и передаём вашу медицинскую информацию в следующих целях.

### Помощь в управлении получаемой вами медицинской помощи

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и передавать её лечащим вас медицинским работникам.
- Продукты и программы, связанные со здоровьем: MetroPlusHealth может предоставить вам информацию о вариантах лечения, программах, продуктах и услугах.

*Пример.* Врач направляет нам информацию о вашем диагнозе и плане лечения, для того чтобы мы могли организовать предоставление вам дополнительных услуг.

*(продолжение — на следующей странице)*

## Использование и раскрытие информации (продолжение)

Законом могут быть предусмотрены определённые ограничения в отношении предоставляемой вам информации.

- Напоминания: MetroPlusHealth может использовать и раскрывать вашу охраняемую законом медицинскую информацию (например, позвонив вам, отправив вам на телефон сообщение или отправив вам письмо), для того чтобы напомнить вам о назначенном медицинском приеме или о том, что пришло время пройти плановый осмотр или вакцинацию, или для того чтобы предоставить вам информацию о вариантах лечения («выборе») либо об иных льготах и услугах, связанных со здоровьем, которая может быть вам интересна.

---

### Управление деятельностью нашей организацией

- Мы можем использовать и раскрывать вашу информацию, для того чтобы осуществлять управление деятельностью нашей организацией и связываться с вами при необходимости.
- **При принятии решения относительно предоставления вам страхового покрытия и его стоимости мы не имеем права использовать генетическую информацию.** Данное ограничение не распространяется на планы управляемого долгосрочного ухода.

*Пример. Мы используем вашу медицинскую информацию для улучшения качества вашего обслуживания. Отдел контроля качества MetroPlusHealth (Quality Management Department) может использовать вашу медицинскую информацию в целях повышения качества программ Плана, обработки данных и ведения бизнеса. К примеру, вашу медицинскую информацию могут изучать сотрудники нашего Отдела контроля качества или внештатные эксперты в целях оценки качества медицинской помощи, предоставляемой вам и всем остальным участникам Плана.*

---

(продолжение — на следующей странице)

## Использование и раскрытие информации (продолжение)

Как ещё мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию? Ваша медицинская информация используется и передаётся нами также и в иных случаях в силу имеющегося у нас права или обязательства (как правило, в целях повышения общественного благосостояния (охрана здоровья населения, проведение научных исследований и т. п.). Законом предусмотрено множество требований, выполнение которых обязательно при передаче вашей информации в таких целях. Дополнительная информация — на сайте [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

---

### Управление вашим планом медицинского страхования

Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию спонсору вашего плана медицинского страхования в целях управления планом.

*Пример. Ваша компания подписывает с нами договор медицинского страхования, и мы предоставляем вашей компании определённые статистические данные с целью обоснования размеров страховых взносов.*

---

### Оплата ваших медицинских услуг

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в ходе оплаты предоставляемых вам медицинских услуг.

*Пример. Мы передаём вашу информацию вашему плану стоматологического обслуживания для координации оплаты оказанных вам стоматологических услуг.*

---

### Обеспечение качества и рационального оказания услуг

MetroPlusHealth пользуется системой обмена медицинскими данными, функционирование которой обеспечивается организацией Healthix. Healthix — это некоммерческая организация, предоставляющая большое количество медицинской информации в электронной форме. Деятельность организации осуществляется с соблюдением требований, связанных с обеспечением конфиденциальности и защиты информации, предусмотренных законом «О преемственности и подотчётности медицинского страхования» (HIPAA) и нормами права штата Нью-Йорк. Настоящим мы, MetroPlusHealth, уведомляем своих пациентов о том, что в рамках пользования системой Healthix MetroPlusHealth передаёт охраняемую законом медицинскую информацию, касающуюся пациентов, в систему Healthix.

Кроме того, определённый персонал MetroPlusHealth обладает полномочиями, позволяющими ему осуществлять доступ к информации, касающейся пациентов, посредством системы Healthix (при условии получения соответствующего разрешения). Разрешение на доступ в систему Healthix, как правило, предоставляется каждой организации отдельно. Пациенты имеют возможность запрета доступа к информации, содержащейся в системе Healthix, всем организациям, пользующимся данной системой. Установить запрет на доступ к своей охраняемой законом медицинской информации всем организациям, пользующимся системой Healthix, можно через интернет (адрес сайта организации Healthix — [www.healthix.org](http://www.healthix.org)) или по телефону (номер телефона организации Healthix — 877-695-4749). Информация, касающаяся пациентов, передаётся в систему Healthix при оказании медицинской помощи, а также при работе со страховыми требованиями. Среди таких источников данных — больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, страховые организации, программа Medicaid и иные организации, осуществляющие обмен медицинской информацией в электронной форме. Текущий перечень таких источников данных можно получить в организации Healthix. Пациенты могут обратиться за получением текущего перечня в любое время через интернет (адрес сайта — [www.healthix.org](http://www.healthix.org)) или по телефону (номер — 1-877-695-4749).

*(продолжение — на следующей странице)*



## Использование и раскрытие информации (продолжение)

<b>Помощь в сфере охраны здоровья и обеспечения безопасности населения</b>	Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в следующих целях: <ul style="list-style-type: none"><li>○ предотвращение заболеваний;</li><li>○ сообщение о нежелательных реакциях на лекарственные препараты;</li><li>○ сообщение о предполагаемом жестоком обращении, неосуществлении надлежащего ухода или бытовом насилии;</li><li>○ предотвращение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.</li></ul>
<b>Проведение исследований</b>	Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию в целях проведения научных исследований в области медицины.
<b>Выполнение требований закона</b>	Мы будем передавать вашу информацию в соответствии с требованиями федеральных законов и законов штата, что включает в себя передачу информации в Департамент здравоохранения и социального обеспечения для осуществления проверки соответствия нашей деятельности нормам федерального права, касающимся соблюдения конфиденциальности информации.
<b>Ответ на запросы со стороны правоохранительных органов и других государственных ведомств, а также на запросы, касающиеся компенсаций работникам за травмы на рабочем месте</b>	Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию: <ul style="list-style-type: none"><li>○ с целью предоставления компенсаций работникам;</li><li>○ для исполнения требований закона или сотрудников правоохранительных органов;</li><li>○ медицинским надзорным службам для осуществления законной деятельности;</li><li>○ для выполнения специальных государственных задач, таких как военная деятельность, обеспечение национальной безопасности, охрана президента.</li></ul>
<b>Ответ на судебные действия и иски</b>	Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или <b>законный</b> административный приказ либо судебную повестку.
<b>Законы штата Нью-Йорк, касающиеся раскрытия определённых видов информации</b>	MetroPlusHealth обязан соблюдать требования дополнительных законов штата Нью-Йорк, предусматривающих более высокий уровень защиты персональной информации, в частности информации, связанной с наличием ВИЧ / СПИДа и соответствующим лечением, с психическим здоровьем, с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, с планированием семьи.

*(продолжение — на следующей странице)*

## Наши обязанности

- В соответствии с нормами права мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и защиту вашей охраняемой законом медицинской информации.
- Мы незамедлительно уведомим вас в случае нарушений, которые могут подвергнуть риску конфиденциальность или защиту вашей информации.
- Мы обязаны исполнять наши обязанности, описанные в настоящем уведомлении, и следовать описанному в нём порядку соблюдения конфиденциальности информации. Мы также обязаны предоставить вам экземпляр настоящего уведомления.

Мы не будем использовать или передавать вашу информацию в ситуациях, не указанных выше, без вашего письменного разрешения. Если вы предоставите нам такое разрешение, вы сможете отозвать его в любое время. Об изменении своего решения просим сообщить нам в письменной форме.

Дополнительная информация — на сайте  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Изменение условий настоящего уведомления

Мы имеем право вносить изменения в условия настоящего уведомления; при этом новые условия будут распространяться на всю вашу информацию, которой мы располагаем. Новую редакцию уведомления можно будет получить по запросу. Текст уведомления будет также размещён на нашем сайте. Мы также отправим вам по почте экземпляр уведомления.

Настоящее уведомление вступает в силу с 19 июля 2022 года.

### Контактная информация специалиста по конфиденциальности

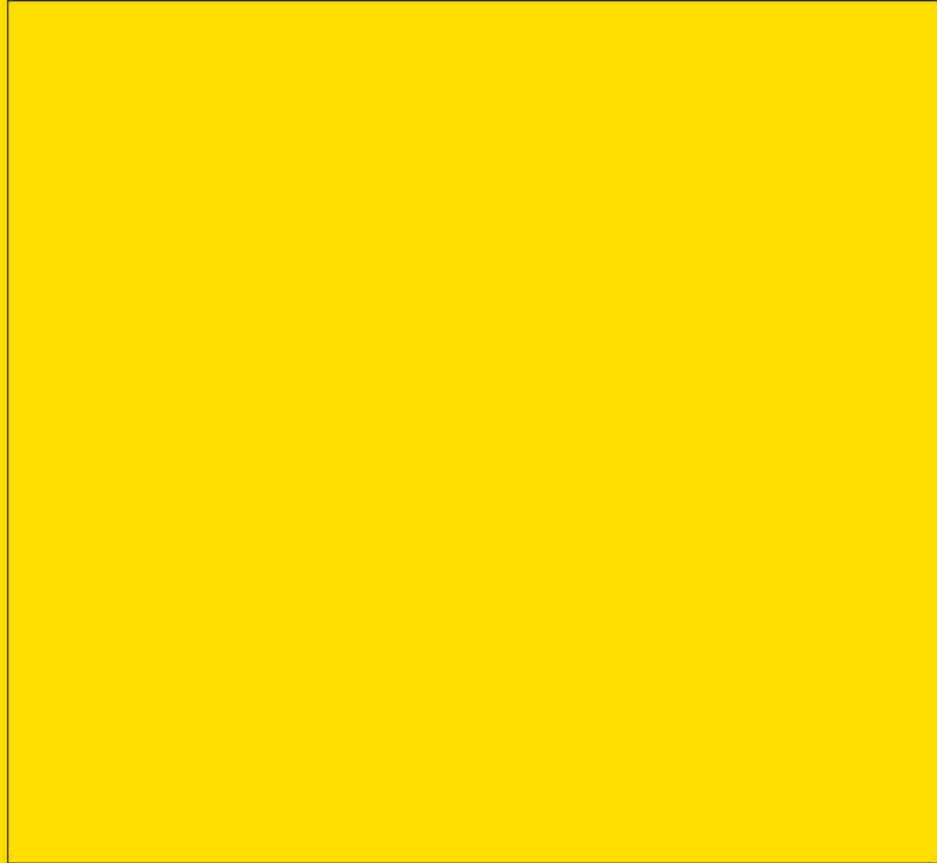
Если у вас возникнут какие-либо вопросы о порядке соблюдения конфиденциальности информации либо вы пожелаете подать жалобу или воспользоваться своими правами, описанными выше, обращайтесь по следующему адресу:

**Customer Services – MetroPlus Health Plan**  
**50 Water Street, 7th Floor**  
**New York, NY 10004**

- **Общий телефон:** 1-800-303-9626, с 8:00 до 20:00, без выходных.
- **Участники Medicare:** 1-866-986-0356, с 8:00 до 20:00, без выходных.
- **Телетайп:** 711
- **Эл. почта:** [PrivacyOfficer@metroplus.org](mailto:PrivacyOfficer@metroplus.org)




50 Water St., 7<sup>th</sup> Floor • New York, NY 10004



### **MetroPlusHealth Customer Services:**


---

 **800.303.9626 (TTY: 711)**  
**After Hours: 800.442.2560**

---

 **metroplus.org**

---

 **Hours Of Operation:**  
**Monday to Friday, 8am - 8pm |**  
**Saturday, 9am - 5pm**